

**Embargo tot donderdag 14 september 16.00 uur**

CHRONISCH VERSLAAFD:  
DE THERAPEUT, DE PATIËNT EN DE ZIEKTE

Inaugurele rede door Prof. dr. Cor A.J. de Jong

## CHRONISCH VERSLAAFD: DE THERAPEUT, DE PATIËNT EN DE ZIEKTE

Rede<sup>a</sup> in verkorte vorm uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar 'Verslaving en Verslavingszorg' vanwege de Stichting NISPA aan de Faculteit Sociale Wetenschappen van de Radboud Universiteit Nijmegen op donderdag 14 september 2006

Door Dr. Cor A.J. de Jong

Vormgeving en opmaak: Imke de Jong en Paul Krabbe  
Drukwerk:

ISBN – 10      90-806873-2-4  
ISBN – 13      978-90-806873-2-5  
NUR 770

© Dr. C.A.J. de Jong, Gemert 2006

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt worden middels druk, fotokopie, microfilm, geluidsband of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de copyrighthouder.

11 februari 1918

Beste collega.

Neem me niet kwalijk dat ik op een vodge schrijf. Ik heb geen papier bij de hand. Ik ben heel zwaar en lelijk ziek. Er is niemand die me kan helpen, en ik wil ook bij niemand hulp zoeken dan bij U.

Het is nu de tweede maand dat ik op Uw voormalige post zit, ik weet dat U in de stad bent, tamelijk dicht bij mij in de buurt.

In naam van onze vriendschap en onze jaren op de universiteit smeed ik U zo spoedig mogelijk naar me toe te komen. Desnoods voor een dag. Desnoods voor een uur. En als U zegt dat het hopeloos is, dan zal ik U geloven... Of kan ik misschien gered worden?.. Ja, ik kan misschien nog gered worden?.. Gloort er hoop voor mij? Vertelt U alstublieft aan niemand iets over deze brief.

13 februari 1918

Beste kameraad.

Ik ga niet op U wachten. Ik zie ervan af me te laten behandelen. Het is hopeloos. En ik wil ook niet langer lijden. Dat heb ik genoeg geprobeerd. Ik waarschuw de anderen: wees voorzichtig met de witte kristallen die oplosbaar zijn in 25 delen water. Ik heb me er te zeer op verlaten, en ze hebben me kapot gemaakt. Mijn dagboek geef ik aan U. U hebt me altijd een weetgierig iemand geleken met belangstelling voor het menselijk document. Lees, indien het U interesseert het verhaal van mijn ziekte. Vaarwel.

Uw S. Poljakov.

GEEF ALSTUBLIEFT NIEMAND DE SCHULD VAN MIJN DOOD.

Geneesheer Sergej Poljakov

M.A. Boelgakov <sup>1</sup>

## Inhoudsopgave

### Inleiding

Hoe verhoudt de BPS visie op verslaving en verslavingszorg zich tot verslaving als ziekte?

Hoe ziet de verslaafde zich zelf?

Hoe ziet de therapeut de patiënt?

Hoe ziet de therapeut de chronische patiënt?

Wat betekent chroniciteit voor de continuïteit van zorg?

Wat is de therapeutische relatie waard?

### Voorlopig resumé

Wat is een chronische ziekte?

Hoe gaan we verslaving als chronische ziekte behandelen?

Hoe maken van de patiënt en de therapeut een productief koppel?

Waar zijn we en hoe nu verder?

Dank

Literatuur

## Inleiding

*Mijnheer de rector magnificus,  
geachte toehoorders*

Het gebruik van psychoactieve stoffen is eeuwenoud, wijd verbreid en breed geaccepteerd. Misbruik, afhankelijkheid en verslaving zijn echter geassocieerd met aanzienlijke gezondheidsrisico's, psychosociaal disfunctioneren, maatschappelijke overlast, criminaliteit en voortijdig overlijden. Een voorbeeld van het laatste spreekt uit de brief van dokter Poljakov aan zijn vroegere studievriend <sup>1</sup> . <sup>1 2</sup>

Er gaan steeds meer stemmen op verslaving aan psychoactieve stoffen aan te duiden als een chronische ziekte. Tegenstemmen zijn er ook. Als verslaving een ziekte is dan dienen we te spreken over mensen die ziek zijn; zieken dus die op de één of andere manier de ziekenrol nemen of krijgen. Te vaak wordt vergeten dat dit een rol is die beschermend en ontlastend kan zijn voor de zieke, en wordt er teveel nadruk op gelegd dat ziekte stigmatiserend of excuserend werkt. Vrij naar Paul Watzlawick stel ik dat niet kiezen voor ziekte als model, kiezen is voor iets dat niet of nauwelijks helder gedefinieerd is. Dit niet kiezen heeft naar mijn mening de laatste halve eeuw geleid tot ontkenning of stigmatisering van de groep mensen die door het gebruik van psychoactieve stoffen in ernstige problemen zijn gekomen.

De vraag voor vandaag is of de aanduiding van verslaving als ziekte terecht is en zo ja, wat dat betekent voor de zorg voor de patiënt met die ziekte.

De titel van mijn rede is niet willekeurig gekozen. Tijdens mijn studie kreeg ik uit de nalatenschap van mijn neef, die huisarts was geweest, een roodgekleurd boek van de hand van Michael Balint met als titel: *The Doctor, his Patient and the Illness* <sup>2</sup>. De aanleiding voor Balint om zijn boek te schrijven was dat hij er in cursussen aan huisartsen achterkwam dat de dokter het meest voorgeschreven medicijn bleek te zijn. Hij constateerde dat er voor dit belangrijke medicijn geen farmacologie bleek te bestaan. Als huisarts heb ik het boek met veel belangstelling herlezen en ik sluit niet uit dat het me heeft geïnspireerd een opleiding tot psychotherapeut te volgen. Huisarts en psychotherapeut, een voor mij logische combinatie. Na onderzoek bleek dit ook positieve effecten te hebben op de zorgconsumptie en de kwaliteit van de arts-patiënt relatie van patiënten die in mijn praktijk (kortdurende) psychotherapie ondergingen <sup>3</sup>. Met de titel van mijn rede geef ik aan dat als het gaat om verslaving als ziekte, er weer nagedacht moet worden over de therapeut als medicijn en de erbij horende farmacologie. De vraag in mijn betoog is wie de therapeut in de verslavingszorg is. Balint sprak vanzelfsprekend over de dokter. In de huidige organisatie van de gezondheidszorg houden veel medewerkers zich bezig met patiënten. Ik kies ervoor 'de therapeut' te definiëren als iemand die doelbewust iets therapeutisch doet in de ontmoeting met de patiënt.

Ik ga eerst in op de visie op verslaving en verslavingszorg zoals die op dit moment min of meer geldt in Nederland. Mijn conclusie is dat het biopsychosociale model te weinig aanknopingspunten biedt om

verslaving een ziekte te noemen. Het vervolg van het betoog zal duidelijk maken dat er veel argumenten zijn verslaving een chronische ziekte te noemen. Dat is belangrijk, want als het benoemen van verslaving als ziekte niet bijdraagt aan het begrijpen van de interacties tussen hersenfuncties, gedrag en mentale processen dan hoeven we ons niet druk te maken over de herdefiniëring van verslaving, sterker nog dan verhult die poging meer dan dat ze verheldert.

Ik zal een paar denkbeelden van patiënten en therapeut over verslaving belichten. Aan de hand van recent door ons uitgevoerd onderzoek schets ik hoe de patiënt en de therapeut denken over het thema chroniciteit in relatie tot ziekte en dus tot verslaving. Op basis hiervan geef ik aan te geven hoe zij hun rollen spelen binnen de therapeutische relatie. Hieruit trek ik de eerste conclusies en die stemmen bepaald niet hoopvol.

Hopeloosheid zou de aanleiding kunnen vormen verslaving dan maar een ziekte te gaan noemen, maar door de duivel een (andere) naam te geven hebben we hem nog niet uitgedreven! Ik zal daarom betogen dat om te komen tot goede en verantwoorde moderne zorg de paradigmaverschuiving over de oorzaken van verslaving gevolgd moet worden door een verschuiving in de wijze waarop aan de zorg inhoud en vorm wordt gegeven. Ik geef eerst een herdefinitie van het begrip ‘ziekte’, en pas die toe op verslaving. Op basis daarvan herdefinieer ik de rollen van de therapeut en de patiënt, vanuit het perspectief van de dyade die zij vormen. Het accent ligt daarbij op dat wat er gebeurt in de ontmoeting, bijvoorbeeld in de spreekkamer tussen de therapeut en de patiënt<sup>b</sup>. Deze bespiegelingen leiden tot een ruwe schets voor wetenschappelijk onderzoek naar chroniciteit, scholing van professionals in de verslavingszorg en aandachtsverschuiving van de verslavingszorg, waarbij het niet zal verbazen dat er naar mijn mening een duidelijke relatie dient te zijn tussen onderzoek, opleiding en organisatie van de zorg.

Hoe verhoudt de BPS visie op verslaving en verslavingszorg zich tot verslaving als ziekte?

De laatste jaren wordt binnen de verslavingszorg verslaving vaak aangeduid als een biopsychosociaal fenomeen, waaraan vervolgens een visie op verslavingszorg wordt ontleend <sup>4</sup>. Het is echter onmogelijk aan biogene, psychogene en sociogene bijdragen aan verslaving een differentieel etiologisch gewicht toe te kennen. De belangrijkste reden is dat 'nature' en 'nurture' functies zijn van elkaar, en dat die complexe interacties al zo vroeg in de ontwikkeling starten dat het onmogelijk is één van de twee constant te houden, wat nodig zou zijn om het unieke aandeel van de ander bij de ontwikkeling van bijvoorbeeld verslaving te verhelderen <sup>5</sup>. Verslaving aanduiden als een biopsychosociaal fenomeen is daarom te beperkt. De complexiteit ervan kan wel beschreven worden in een samenhangend en theoretisch onderbouwd model; het BioPsychoSociaal model, kortweg het BPS model. Elders is een uitgebreide versie van mijn beeld van het BPS model te vinden <sup>6</sup>. Het model is ontwikkeld binnen de algemene geneeskunde, juist omdat het medisch model tekort schoot. Daarmee is de vraag of verslaving als ziekte past in een biopsychosociale visie op verslaving in feite al beantwoord. Toch wil ik de hoofdpunten van het model kort samenvatten, alvorens dit antwoord nog eens te herhalen.

De algemene systeemtheorie wordt gebruikt om het BPS model te onderbouwen <sup>7</sup>. Aan de systeemtheoretische achtergrond en consequenties daarvan voor de ordening van de zorg wordt naar mijn mening opvallend weinig aandacht besteed; ik kom daar in de rest van mijn betoog op terug. Vanuit de algemene systeemtheorie wordt de natuur gezien als een hiërarchisch geordend continuüm met meer complexe, grotere eenheden gerangschikt rond minder complexe, kleinere eenheden. Elk systeem is opgebouwd uit kleinere systemen en is weer een bouwsteen voor een groter systeem. In de hiërarchie is de persoon bijvoorbeeld de hoogste ordening binnen de orgaaniërarchie en de laagste eenheid in de sociale hiërarchie. In de klinische ontmoeting op persoonsniveau tussen arts en patiënt, scant de arts op alle ordeningsniveaus en schakelt naar andere niveaus, dat wil zeggen dat hij de hele hiërarchie probeert te bestuderen. Het verloop in de tijd, de levenslijn, hangt af van de complexe interacties tussen cellen, organismen en ecosystemen <sup>8</sup>. Overleving en evolutionaire ontwikkeling zijn daarmee geen resultanten meer van genen, maar van complexe interacties waarover het gezonde organisme zelf voor een belangrijk deel de regie voert.

De algemene systeemtheorie ordent het BPS model. Zij geeft aan dat in de behandeling lagere structuren, zoals biologische systemen, het primaat hebben. De ontregeling van de bloedsuikerspiegel door een disfunctionerende alveesklier moet eerst aangepakt worden. Hogere structuren hebben echter de suprematie, dat wil zeggen dat een sociaal construct zoals de nieuwe zorgverzekering bepaalt welke behandeling voor diabetes mellitus wel of niet wordt vergoed.

Het BPS model is geen theorie waarin multiple theorieën zijn ondergebracht, maar een theorie over een complex en multipel perspectief op geestelijke ziekte en gezondheid <sup>5</sup>. In een dergelijk multipel perspectief



kunnen verschillende delen niet gekwantificeerd worden, je kijkt vanuit dat perspectief of niet. Een diamant ontleent zijn fascinatie aan het complex van facetten, het onder de loep nemen van één facet verradert wellicht de zuiverheid maar niet de schoonheid.

Tot zover kunnen in het model het biologische en het psychosociale domein goed tot hun recht komen. Vanuit het biologisch perspectief worden oorzaken en symptomen gezocht in het brein en wordt als doel nagestreefd het stabiliseren van de biologische basis, waardoor verdere cognitieve en affectieve regulering kan optreden. Vanuit het psychosociaal perspectief worden invloeden geplaatst in de geest<sup>c</sup>, van waaruit acties en reacties van de persoon op de omgeving en omgekeerd worden onderzocht. Er is meer, want in het BPS model wordt ook een moreelexistentieel perspectief geschetst <sup>9</sup>. Vanuit dit perspectief, de ziel<sup>d</sup>, dient te worden gekeken naar het geheel van leidende idealen over medische, psychologische en morele gezondheid dat betekenis geeft aan het leven. De ontwikkeling daarvan is een continue proces ‘heelwording’ <sup>10</sup> van de persoon, dat ook wel wordt aangeduid als recovery of ‘herstel’ <sup>11</sup>, maar in een bredere context dan herstellen van een griepje. Recovery in een dergelijke, ruimere zin verwijst niet alleen naar het proces van herstel van een ziekte, maar ook naar het herstellen van aan de ziekte gerelateerde effecten zoals armoede, tweederangs burgerschap, geïnternaliseerde stigmata, misbruik en trauma, die mede veroorzaakt worden door kwalijke hulpverleners en het zorgsysteem. Recovery is een niet lineair, langzaam en moeizaam groeiproces.

In de ontmoeting tussen een arts en een patiënt speelt de wederkerigheid vanuit het moreelexistentieel perspectief een belangrijke rol. De arts hanteert in het contact met de patiënt in de westerse gezondheidszorg het principe van de Samaritaan (de plicht anderen te helpen als ze ziek zijn), het principe van de rechtvaardigheid en spaarzaamheid en het principe van het recht op zelfbeschikking <sup>12</sup>. Deze vier principes kunnen in de praktijk conflicteren, maar de uitdaging voor de medische ethiek is juist het vinden van een evenwicht in de ontmoeting tussen arts en patiënt. Een evenwicht dat slechts bereikt kan worden in een vertrouwensrelatie waarin morele kwaliteiten zoals vertrouwen, dankbaarheid, toewijding en respect worden toegevoegd aan een behandelingscontract dat zich richt op het domein van het brein en de geest. Vanuit een dergelijke vertrouwensrelatie kan de patiënt worden aangespoord zelf verantwoordelijkheid te gaan nemen voor zijn heelwording en kan de arts zijn houding veranderen van een goede, krachtige ouder in die van een loyale, tolerante bondgenoot of metgezel.

Tot nu toe in het betoog is het BPS model weliswaar consistent maar nog steeds complex. Complexiteit die maakt dat het model niet in zijn volheid wordt toegepast. Mogelijk heeft dat te maken met het tekort schieten van de communicatie tussen met name het biologische en psychosociale domein.

Naar mijn mening biedt het BPS model de mogelijkheid om constructief met het dualisme biologisch-psychosociaal om te gaan. Enige uitleg over communicatie en onderzoeksmethoden binnen elk der domeinen is daarvoor nodig. Eerder is aangegeven dat in het BPS model de persoon het hoogste niveau vormt van de biologische eenheden en het laagste van de sociale systemen. Deze cesuur verdeelt de systemen in twee grote subsystemen of domeinen: het biologische en het psychosociale. In elk domein zijn er

verschillende dragers van communicatie, verschillende mechanismen die de complexiteit reduceren en verschillende onderzoeksmethoden.

In het biologische domein vindt communicatie plaats via fysisch-chemische signalen (licht, transmitters, hormonen) en wordt de hoeveelheid informatie gereduceerd door organische structuren zoals zintuigen en synapsen. De werking van de systemen in het biologisch domein wordt onderzocht door te zoeken naar verklaringen van oorzaken. Karl Jaspers spreekt hier over 'erklären' <sup>13</sup>.

In het psychosociale domein vindt communicatie plaats via ervaringen en acties en wordt de complexiteit van boodschappen gereduceerd door suprabioologische structuren. In het Duits worden die aangeduid als 'Sinn', in het Engels als 'meaning' en in het Nederlands als 'betekenis'. Deze ervaring in het hier-en-nu verwijst slechts naar bepaalde ervaringen uit het verleden (en niet naar andere) en naar te verwachte ervaringen in de toekomst (en niet naar andere).

De systemen in het psychosociale domein worden onderzocht door pogingen de zaken te begrijpen, volgens Jaspers spreken we hier over 'verstehen'. Natuurlijk zijn de twee hoofddomeinen onlosmakelijk met elkaar verbonden, maar verschilt de taal. Betekenissen laten zich niet verklaren en oorzaken laten zich niet begrijpen. Er kan gestreefd worden naar de ontwikkeling van een biologie van de betekenis. Zelfs als die boeiende zoektocht slaagt, kunnen we hoogstens verklaren hoe het proces van betekenis geven in het brein tot stand komt. Welke betekenis gearticuleerd wordt binnen het perspectief van de ziel onttrekt zich aan de verklarende onderzoeker, vanwege het unieke karakter van alle ervaringen van de betreffende persoon. We kunnen slecht een poging doen die betekenis te begrijpen.

Niet alleen de onderzoeksmethode is anders, ook de taal binnen elk subsysteem verschilt. Binnen het biologische domein vindt het 'vertaalwerk' plaats bijvoorbeeld door transcriptie van genetische coderingen in de sequentie van aminozuren binnen een eiwitmolecule. Op het niveau van de synaps wordt een elektrisch signaal omgezet in een chemisch signaal en vervolgens weer in een elektrisch.

Tussen subsystemen binnen het psychosociale subsysteem bestaan ook verschillen in de taal van de communicatie. Acties en ervaringen binnen een dyade hebben een andere betekenis dan in een groep, een wijk, een stad of een gezondheidszorgsysteem. Zelfs de aard van de dyade en de context waarin de ontmoeting plaatsvindt bepalen de betekenis van een fenomeen. Een gezwel in de hals betekent in de ontmoeting tussen arts en patiënt iets anders dan in die tussen de patiënt en diens partner. Meestal is een vertaling nodig, maar dat is voor het domein van het begrijpen minder wetmatig vastgelegd dan in dat van het verklaren. Ik krijg soms de indruk dat er in de gezondheidszorg tussen subsystemen veel informatie wordt uitgewisseld, maar weinig wordt vertaald en daardoor gebrekkig wordt gecommuniceerd.

Het BPS is juist vanwege de systeemtheoretische onderbouwing geschikt het biologische en psychosociale domein in hun samenhang te zien, omdat men zich vanuit het model moet realiseren dat er op een andere wijze in een andere taal gecommuniceerd wordt. Het is de complexiteit van de communicatie tussen subsystemen in zowel het biologische als het psychosociale domein die vraagt om uitwisseling en vertaling tussen betrokkenen om te kunnen begrijpen. In de ontmoeting tussen arts en patiënt verraadt het begrijpen zich onder meer door vragen, vragen die als ze worden beantwoord het begrijpen kunnen verbeteren. Een poging de patiënt te begrijpen zonder kennis van fenomenen die het functioneren of disfunctioneren kunnen

verklaren is echter gedoemd te mislukken. Ik pleit er voor dat therapeuten in de verslavingszorg goed op de hoogte zijn van de verslavingswetenschap en opereren als begripvolle mensen.

Als in verschillende contexten ontmoetingen plaatsvinden tussen verschillende hulpverleners met dezelfde patiënt, dan is de kans groot dat, als er geen vertaling plaatsvindt van de betekenissen van ervaringen en acties, er geen synergie tussen de inspanningen van een ieder optreedt, maar juist differentiatie. Zo kan dreigen met agressie in een woongroep terecht opgevat worden als een niet te tolereren actie, terwijl in het contact in de dyade van psycholoog en patiënt het leren uiten van verborgen gevoelens van haat en woede juist wordt betekend als een gewenste ervaring. Terzijde wil ik benadrukken dat differentiatie in visies van hulpverleners vaak niet toegeschreven hoeft te worden aan het complexe fenomeen van ‘splitting’<sup>14</sup> als onbewuste proces van afweer van de patiënt, met een complexe uitwerking op het gedrag van die hulpverleners, maar veel meer aan het ontbreken van het kennen van ieders visie op verslaving als fenomeen en de patiënt die het betreft.

Ik concludeer dat het om praktische en theoretische redenen onmogelijk is de complexiteit van de problematiek van patiënten met stoornissen door het gebruik van psychoactieve stoffen recht te doen anders dan door gebruik te maken van een goed uitgewerkt BioPsychoSociaal model. De politicus, de bestuurder, de agoog, de psycholoog, de arts, de patiënt en de wetenschappelijk onderzoeker kunnen zich volgens het model niet meer onttrekken aan de verantwoordelijkheid voor de effecten van acties in hun domein voor dat van anderen. Het model biedt mogelijkheden om steeds optredende stoornissen in de communicatie te signaleren en te verminderen of weg te nemen. Processen die zich afspelen in één systeem zijn niet alleen merkbaar in een ander systeem, maar weerspiegelen zich in de vorm van vergelijkbare processen in dat andere systeem. We spreken in dit verband over parallelle processen. Ik kom daar op terug als ik spreek over de wijze waarop de patiënt zichzelf ziet en daarop reageert en de manier waarop therapeuten die patiënten zien en daarop reageren.

Met deze constructie van het BPS model is de vraag nog niet beantwoord of verslaving een ziekte is.

Als het gaat om stoornissen in of door het gebruik van psychoactieve stoffen spreken we vaak van een continuüm: gebruik, misbruik en afhankelijkheid. De laatste jaren worden een paar dingen duidelijk. Heel fraai blijkt het continuüm niet te zijn en afhankelijkheid zoals gewoonlijk gedefinieerd <sup>15</sup> dekt de lading van het begrip ‘verslaving’ niet <sup>16</sup>. Er is geen geleidelijke overgang tussen misbruik en afhankelijkheid, maar ergens in het proces treedt er een onomkeerbare verandering op. Craving, controleverlies, verstoord toekennen van het belang van prikkels en het verstoord raken van de mogelijkheid gedrag te onderdrukken treden prominent op. Dit zijn processen waarvan we weten dat ze zich in het brein afspelen. In de kennisontwikkeling is verslaving een chronische hersenziekte geworden <sup>17</sup>. Het is duidelijk dat genetische kwetsbaarheid, vroegkinderlijke traumatisering, persoonlijkheidsontwikkeling en actuele omgevingsfactoren een belangrijke rol spelen bij de ontwikkeling van verslaving <sup>18</sup>. Dezelfde factoren, aangevuld met de door de middelen veroorzaakte hersenschade zorgen ervoor dat verslaving chronisch blijft <sup>19</sup>.

Er zijn twee stromingen in de theorieën over verslaving; de geneeskundige/psychologische traditie en algemene gezondheidszorg/sociaal probleem traditie <sup>20</sup>. Vanaf het midden van de vorige eeuw werd verslaving gezien als een maatschappelijk aan te pakken kwestie. De laatste decennia is er veel aandacht geweest voor de psychologische factoren die een rol spelen en de beïnvloeding ervan.

Op dit moment staan neurobiologische factoren sterk in de belangstelling, met de daarbij horende hoop dat die factoren ook therapeutische consequenties zullen hebben. Er voltrekt zich een verschuiving in het dominante paradigma voor verslaving, waarbij verslaving dus een ziekte wordt genoemd. Een verschuiving die echter vooral zichtbaar is in de enorme toename van wetenschappelijke kennis op dit terrein <sup>e</sup>. We weten echter dat vermeerdering van kennisontwikkeling niet altijd logisch gevolgd wordt door veranderingen in de praktijk <sup>21</sup>.

Kortom verslaving is een chronische hersenziekte. Dat houdt in dat er een verschuiving zal moeten komen in de houding van de patiënt ten opzichte van de therapeut en omgekeerd en van de omgeving ten opzichte van dat koppel. We schieten er immers als therapeuten niets mee op als we meer weten over verslaving, maar nog steeds de patiënt niet beter begrijpen of als de omgeving de patiënt en de therapeut niet de mogelijkheid geven in hun ontmoeting acties te ondernemen gebaseerd op verklaren en begrijpen.

## Hoe ziet de verslaafde patiënt zich zelf?

Het woord patiënt is afgeleid van lijden; iemand die (lichamelijk) lijden te verduren heeft; zieke in betrekking tot een behandelaar (dokter, verpleegkundige, psycholoog) <sup>22</sup>. We hebben ons afgevraagd in hoeverre de verslaafde patiënt lijdt en hoe deze patiënt zich zelf ziet in relatie tot zijn ziekte<sup>f</sup>. Lijden hebben we geoperationaliseerd als de mate waarin iemand gedemoraliseerd is <sup>23</sup>. We hebben voor het beantwoorden van deze vragen gekozen voor de vragenlijst methode en we vergelijken een groep opiaatverslaafde patiënten met patiënten die een ernstige vorm van kanker hebben en een groep personen die niet in behandeling is vanwege een ernstige somatische of psychiatrische ziekte. De mate van lijden wordt gemeten met de Demoralisatie Schaal (DS) <sup>24</sup>, die vijf subschalen omvat: het verlies van betekenis in het leven, dysforie, ontmoediging, hulpeloosheid en het gevoel te falen.

Het blijkt dat een groep opiaatverslaafde patiënten die behandeld wordt met methadon op alle subschalen significant hoger scoort dan een groep patiënten die een levensbedreigende vorm van kanker heeft. Beide groepen scoren zeer significant hoger dan de groep die niet in behandeling is vanwege ernstige ziekten.

De perceptie van lijden veroorzaakt door een ziekte hebben we onderzocht met behulp van de PRISM (Pictorial Representation of Illness Measure) <sup>25</sup>. De patiënt geeft op papier, in een vierkant van 6 x 6 centimeter aan wat de huidige afstand is tussen hemzelf en zijn ziekte of zwakke plek <sup>26</sup>, de Self-Illness Separation (SIS). In het laatste geval wordt dus eerst gevraagd wat iemands zwakke plek is in tijden van spanning of stress en vervolgens waar die zwakke plek op dit moment aanwezig is in diens leven.

Het blijkt dat verslaafde patiënten de zwakke plek (in geval van stress of spanning) significant dichterbij zichzelf plaatsen dan personen zonder somatische of psychische ziekten. Voor beide groepen geldt dat de afstand van het zelf tot de op dat moment ervaren invloed van de zwakke plek significant negatief gecorreleerd is met alle subschalen van de DS (correlaties tussen -.36 en -.59). Dat wil zeggen dat hoe kleiner de afstand is, hoe sterker men gedemoraliseerd is. Bij de groep verslaafde patiënten blijkt de afstand van de verslaving tot de persoon zelf ook negatief correleert met aspecten van demoralisatie (correlaties tussen -.17 en -.35), waarbij met name associaties opvallen met gevoelens van falen en ontmoediging.

Kortom het blijkt dat een groep opiaatverslaafde patiënten die behandeld wordt met methadon ernstig gedemoraliseerd is, weinig afstand ervaart tot hun verslaving en tot de invloed van het opspelen van een zwakke plek ten tijde van spanning of stress. Ze lijken geen ziekte of zwakke plek te hebben, maar ze zijn het.

## Hoe ziet de therapeut de patiënt?

Over verslaving en verslaafden wordt veel gezegd en geschreven. Ik heb me in het verleden wel eens afgevraagd of de exemplarische, hilarische of anekdotische impressies (borreltafelpraat) over de verslaafde medemens wat systematischer zouden kunnen worden beschreven. De afgelopen jaren heb ik daarom bij de aanvang van cursussen en lezingen aan cursisten of toehoorders gevraagd wat hun eerste associaties waren bij begrippen als ‘verslaafd’, ‘verslaafde’ en ‘verslaving’. Ik wil u deze associaties niet onthouden.

Een verslaafde is volgens studenten cognitieve en biologische psychologie een: zieke, veelpleger, persoon, loser, patiënt, last voor de samenleving, slachtoffer, probleemgeval, studieobject voor psychologen, doorgeslagen levensgenieter, slaaf, pechvogel, probleem, zwerver, bedelaar, wrak, mens, junk, gajes, overlever, psychiatrische patiënt, vluchteling, overlast, zwerver, spook, dier, dader, escapist, gevangene, hedonist, zondebok, sukkel, werkloze, dakloze, buurman.

Een verslaafde laat zich karakteriseren als: behoeftig, ongezond, asociaal, ziekelijk, onvoorspelbaar, zielig, hulpbehoevend, afhankelijk, ziek, wanhopig, vervelend, gefrustreerd, slap, menselijk, teruggetrokken, ongelukkig, emotioneel, reddeloos verloren, labiel, werkeloos, eenzaam, relaxed, sneu, zwak, eng, gevaarlijk, wanhopig, vermijdend, gevoelig, stressvol, impulsief, genotzuchtig, gelabeld, uitgekotst, verzonnen, onrustig, ontevreden, beperkt, beschadigd, onvrij, zoekend, verdwaald, alleen, vitaal, bang, onverschillig, egocentrisch, avontuurlijk, onvrij, hulpeloos, onbetrouwbaar, voortvluchtig, gedreven, vies, geïnhibeerd, ongeaccepteerd, kansloos, depressief, dakloos, gesloten, onzeker, reddeloos.

Een verslaafde is voor psychiaters in opleiding: iemand die afkeer en weerstand oproept, leuk, zielig, loser, ‘wat moet je er mee?’, ‘moet hij/zij hier wel zijn?’, heel interessant, ‘verslaafd waaraan?’, ‘zal wel zo weg zijn!’, vies, uhhh, negatief, lastige klant, qua persoonlijkheid niet in orde, verpauperd, vlooiën, ongemotiveerd, onbetrouwbaar, listig, ‘oh nee, niet op mijn afdeling!’, kruimeldief, uitgestoten, kwetsbaar, gekwetst, uitgekotst, ‘hoe houden ze het vol?’, ontkennen, bagatelliseren, altijd gedoe in de omgeving, moeilijk in te schatten stemming, egoïstisch, grenzeloos, afhankelijk, willen het heel goed doen voor een ander, chantage, er wordt voor hen gezorgd, altruïstisch. Verslaving als ziekte leidt bij hen tot beelden zoals afhankelijkheid van middelen, tolerantie voor de stof, steeds meer nodig, craving, drug seeking behavior, ontweningsverschijnselen, sociale belemmeringen, ziekte van Wernicke, ziekte van Korsakow, leverpathologie, nucleus accumbens, veranderde neurotransmissie, psychiatrische co-morbiditeit, mannen meer dan vrouwen, chronische ziekte, vrijwillige start, kwetsbaarheidshypothese, vlucht, somatische gevolgen, ziekte van de begeerte.

Ervaren psychiaters vinden een verslaafde: moeilijk behandelbaar, verhuld, eenzaam, chronisch, ongemotiveerd, maatschappelijk verloren, moeilijk te diagnosticeren, een groot kind, somber, angstig, dysfoor, machteloos makend, machteloos, in een lichamelijk slechte conditie, agressief, steeds jonger.

Samenvattend zijn de associaties vrijwel uitsluitend negatief. Psychologen in opleiding zoeken naar het menselijke aspect, ze vragen zich af wie de persoon is die verslaafd is en wat ze er als professional mee

kunnen. De verslaafde mens is in hun ogen echter wel een beetje een hopeloos geval. Psychiaters in opleiding vragen zich af wat ze in hun vak met deze groep moeten, en ze verzuchten dat ze er liever niet mee werken. Meer ervaren psychiaters lijken verslaafden vooral te zien als hopeloos.

Als we terughalen wat we hebben geconstateerd over de uitspraken van opiaatverslaafde patiënten over zichzelf en deze vergelijken met de opvattingen van deze professionals in de dop, dan constateer ik met een zeker cynisme: a perfect couple! In de context van het BPS model sprak ik van een parallel proces. Ik geef daar een voorbeeld van. De patiënt zit verstrikt in een negatieve cirkel: 'Dit leven is een ellende, dus waarom zou ik er iets aan veranderen, mijn leven blijft een ellende'. Bij de professional draait een soortgelijke cirkel: 'Zijn leven is een ellende, hij doet er niks aan, daardoor blijft zijn leven een ellende, wat ik ook doe er verandert niks, dus waarom zou ik dat doen, zijn leven blijft toch een ellende'. De gedachten zijn wat anders, maar de vicieuze cirkel is bij beiden die van de ontmoediging.

Als patiënten en therapeuten die verstrikt zijn in deze vicieuze cirkels elkaar ontmoeten zullen ze congruente rollen spelen, die er toe leiden dat beiden niet veranderen en waaraan beiden over het algemeen een onaangenaam gevoel overhouden. De professional en de patiënt in de verslavingszorg spelen dan ook rollen in een serieus spel dat qua ernst vergeleken kan worden met de drama's van Shakespeare. Een definitie uit de Transactionele Analyse geeft de ernst van het spel goed weer. Een Spel is in die definitie een proces waarbij tussen mensen iets gedaan wordt met verborgen motieven en dat: (1) buiten het volwassen bewustzijn omgaat; (2) niet expliciet wordt totdat de deelnemers plotseling hun gedrag veranderen; en (3) erop uitloopt dat iedereen zich verward en onbegrepen voelt en de ander de schuld wil geven <sup>27</sup>. Er zijn in het verleden fraaie scripts beschreven <sup>28</sup> voor diverse vormen van het Spel tussen therapeuten en patiënten in de verslavingszorg; bijvoorbeeld 'Jij bent echt een fantastische therapeut' of 'Jij vertrouwt me ook al niet' of 'Nu je het me zo uitlegt snap ik waarom ik zo doe'.

Als de State of the Art aangeeft dat verslaving een chronische ziekte is met een destructieve leefstijl voor de persoon in kwestie en diens omgeving dan komt de vraag op of hulpverleners de erbij passende werkhouding of attitude hebben. Het lijkt erop dat veel hulpverleners in de verslavingszorg nog ingesteld zijn op het cure-principe, het beter maken van mensen. Natuurlijk is een hoopvolle houding van belang, maar de hoop op genezing in de strikte zin van het woord geldt vooral de behandeling van die stoornissen door het gebruik van psychoactieve stoffen waarvoor de effectiviteit van korte interventies vaststaat. Veel personen die zich melden bij de verslavingszorg zijn inderdaad geholpen met een kort aanbod. Sprekend over chronisch verslaafd bedoelen we die groep niet. Werken met hoop op genezing bij patiënten die voortdurend verslaafd zijn leidt tot frustraties bij alle betrokkenen, veel wederzijds onbegrip en verloederde zorg <sup>29</sup>. In de algemene geneeskunde leidt chroniciteit van ziekten zelden tot verloedering van de zorg of tot burnout van hulpverleners, burnout die zich in zijn meest extreme vorm kan voordoen als ernstige vooringenomenheid over de doelgroep (willoze, overlast veroorzakende mensen). Ik krijg de indruk dat dit soms wel het geval is in de psychiatrie en de verslavingszorg.

## Hoe ziet de therapeut de chronische patiënt?

We<sup>8</sup> hebben ons afgevraagd hoe therapeuten (in dit geval artsen en psychologen) denken over het begrip chronisch en chroniciteit<sup>h</sup> en over de rollen die de therapeut en de patiënt zouden moeten spelen in de behandeling.

Ik exploreer eerst de kloof die bestaat tussen de State of the Art van verslaving en de attitude, visie en werkhouding van hulpverleners, hun Verklarend Model (VM), alvorens hints te geven voor het verkleinen ervan. Een VM bestaat uit ideeën/opvattingen/theorieën over de oorzaak van de ziekte, het begin van de symptomen, de pathofysiologie, het verloop en de behandeling van de ziekte. Iedereen die bij de hulpverlening betrokken is, de hulpverlener(s), de patiënt, zijn naastbetrokkenen, omgeving, wetenschappers en eventuele traditionele/alternatieve genezers, hanteert een VM <sup>30</sup>.

In het onderzoek zijn 24 professionals betrokken die werkzaam zijn in de algemene gezondheidszorg, de psychiatrie of de verslavingszorg. Ze zijn geïnterviewd door een medisch antropoloog. Artsen en psychologen zijn gedurende een uur gevraagd te spreken over hun VM aangaande chronische ziekten in hun vakgebied. De groep artsen is verdeeld in somatisch specialisten (internist, neuroloog, longarts, huidarts, cardioloog, reumatoloog, oncoloog), generalisten (huisarts, revalidatiearts, bedrijfsarts), psychiaters en verslavingsartsen. De psychologen zijn allen werkzaam in de verslavingszorg. Achtereenvolgens is gekeken naar de definiëring van chroniciteit, de rollen binnen de hulpverlening en de betekenis die, volgens de geïnterviewden, door patiënten aan hun ziekte zou kunnen worden gegeven.

Somatisch specialisten denken bij chroniciteit vooral aan het tijdsaspect, het duurt lang (met soms expliciete regels voor het aanduiden van de duur) en aan het wisselend beloop van de ziekte. Een chronische ziekte levert verder altijd functiebeperkingen op. De meeste somatische specialisten komen pas in actie als er een opleving is van klachten en symptomen, waarbij sommigen de behandeling niet alleen daarop richten maar ook op het subjectief beleven van en het welbevinden van de patiënt.

De generalisten leggen verder nog de nadruk op de lange duur van de ziekte en het slepend karakter ervan. De psychiaters leggen de nadruk niet zozeer op de tijdsperiode, maar op de veranderingen en aanpassingen in het leven als het om chroniciteit gaat. Een chronische ziekte tast het leven als zodanig aan en daarmee gepaard de mate van autonomie.

Verslavingsartsen en psychologen noemen zowel het tijdsaspect als de inbreuk op het leven; verslaving is een langdurige ziekte die diep ingrijpt. Zij volgen enerzijds de somatici, die het belang van ingrijpen bij acute situaties in het wisselend beloop aangeven en anderzijds de psychiaters die juist aandacht voor de voortdurend aanwezige kwetsbaarheid benadrukken. Deze twee aspecten lijken bij de professionals in de verslavingszorg soms te leiden tot verwarring over de rol in de hulpverlening, waardoor men aan de ene kant de neiging heeft grenzeloos op alle vragen van patiënten in te gaan en aan de andere kant te begrenzend hier mee om te gaan.



Daarmee zijn we gekomen bij de vraag wie er in de behandeling van chronisch zieken een actieve rol moet spelen. De somatisch specialist geeft zichzelf een actieve rol; de patiënt heeft een probleem, de dokter lost het op. Soms moet de patiënt ook actief zijn, door bijvoorbeeld zelf de bloedsuiker te controleren of medicatie toe te dienen. De patiënt als verlengde arm van de dokter.

De generalisten zien expliciet een actieve rol voor de patiënt weggelegd, een passieve patiënt roept al snel irritaties op. Bij de psychiaters ligt de nadruk op samenwerking; de therapeut moet de patiënt helpen actief zaken aan te pakken. Ten opzichte van de rol van de verslaafde patiënt vertonen therapeuten in de verslavingszorg ook een dubbele houding, die mogelijk bijdraagt aan de eerdere genoemde verwarring van de rol hulpverlener. Enerzijds kunnen verslaafde patiënten er niets aan doen als ze terugvallen, dat maakt immers deel uit van hun ziekte. Anderzijds wordt een actieve houding van de patiënt verwacht die gericht is op verandering van een destructieve leefstijl. Verslavingsartsen en psychologen geven op een verschillende manier vorm aan hun rol. De verslavingsarts beperkt zich, vaak door tijdgebrek, tot het strikt medische deel, terwijl de psycholoog probeert de patiënt te activeren zelf het heft in handen te nemen.

Een aantal artsen omschrijft hun rol als die van een coach; de patiënt neemt actief deel aan het door de deskundige uitgestippelde plan. Artsen vertellen dat een deel van hun rol wordt overgenomen door met name verpleegkundigen: leggen van goed contact, kweken van een vertrouwensband, uitzoeken wat speelt, aanpakken van problemen op verschillende levensgebieden, besprekingen voeren met de patiënt. De arts blijft wel eindverantwoordelijk voor het geheel.

Uit het bovenstaande zou de karikatuur kunnen ontstaan van de arts die als medisch-technicus acute zaken aanpakt en oplost en overige dokterstaken delegeert aan de patiënt of aan andere hulpverleners.

De beste therapeut verradt zich volgens mij door een grote mate van flexibiliteit in de omgang met de chronische patiënt. Het volgen van richtlijnen of protocollen kan conflicteren als bij de beschrijving van de taken niet duidelijk wordt gemaakt welke competenties een therapeut moet hebben en welke competenties prioriteit hebben op welk moment. Adequaat wisselen tussen leiden en volgen is naar mijn mening dan ook een kerncompetentie van therapeuten.

Alle geïnterviewden vragen zich af wat chronisch betekent voor de patiënt en ze tonen begrip; ‘de boodschap een chronische ziekte te hebben betekent een totale omwenteling in hun leven’, ‘ze moeten accepteren dat ze iets hebben wat niet overgaat en dat valt bepaald niet mee’. Bij de somatisch specialisten wordt er zelden gevraagd naar wat het hebben van een chronische ziekte voor de patiënte betekent. Als het ter sprake komt is dat spontaan tijdens een consult en wisselt de reactie van de specialist. Sommigen proberen een geïnstitutionaliseerd antwoord te formuleren, door bijvoorbeeld standaard een afspraak bij de psycholoog of de verpleegkundige in te passen, waarin over de betekenis kan worden gesproken, anderen gaan het gesprek met de patiënt hierover zelf aan.

Bij de generalisten valt op dat sommigen behoedzaam zijn met het benoemen van het chronisch karakter van een ziekte uit angst dat de patiënt aan de haal gaat met de diagnose, het zou secundaire ziektewinst

bevorderen of de patiënt volledig ontmoedigen. Aan de andere kant wordt er door enkele van hen juist veel tijd ingeruimd om in gesprek te gaan over de betekenis voor de patiënt en diens omgeving.

Voor psychiaters en psychologen is de betekenisgeving door de patiënt het belangrijkste uitgangspunt voor de behandeling. Gedegen informatie draagt bij aan het herkennen van mogelijkheden die er nog wel zijn, naast de beperkingen die de chronische ziekte met zich meebrengt.

Verslavingsartsen noemen wel de problemen die patiënten hebben, ze benadrukken vervolgens dat er tegenwoordig medisch veel mogelijk is, maar de betekenis van het verslaafd zijn voor de patiënt is iets waar maatschappelijk werkers of psychologen rekening mee moeten houden.

De geïnterviewden geven aan dat naarmate zij meer begrip hebben voor de impact van een ziekte op het leven van een patiënt, de betekenisgeving door patiënten meer wordt gebruikt in de behandeling. Het blijkt dat er veel interindividuele verschillen bestaan tussen artsen en psychologen als het gaat om reacties op de confrontatie met een moeilijke casus, reacties die begrijpelijk zijn. Bij een moeilijke casus zal de arts of psycholoog zelden alleen de last van de verantwoordelijkheid dragen <sup>2</sup>. Ieder draagt vanuit zijn discipline bij aan het behandelingsplan, dat is noodzakelijk maar draagt tegelijkertijd het gevaar in zich dat ieder vlucht in anonimiteit, verdunning van de verantwoordelijkheid of adviesaanvragen bij veronderstelde specialisten. Dergelijke ontsnappingen speelden 50 jaar geleden in de tijd dat Michael Balint zijn boek schreef evenzeer als tegenwoordig <sup>2</sup>. De huidige vormgeving van de zorg maakt dat goed bedoelde procedures nieuwe mogelijkheden bieden om de persoonlijke reacties van therapeuten op de confrontatie met een moeilijke of lastige patiënt te kanaliseren in minder betrokkenheid. Naast de persoonlijke manier van iedere therapeut om dat te doen zijn er huidige voorbeelden van collectieve afweer van ellende: 'Iedereen is wilsbekwaam en kan zijn lot in eigen hand nemen' of 'De bureaucratische/juridische ordening schrijft voor dat we deze procedures nu eenmaal moeten volgen' of 'Vanwege privacy overwegingen geven we daar geen antwoord op'. Dergelijke reacties zijn wellicht begrijpelijk, maar ze staan het oplossen van problemen van de patiënt om adequaat om te gaan met zijn chronische ziekte mogelijk in de weg.

Samenvattend lijken artsen en psychologen het er over eens te zijn dat het vanzelfsprekend is dat de professional ingrijpt bij acute situaties gedurende het chronisch verloop van een ziekte. Over hoe als hulpverlener om te gaan met de niet acute perioden in het beloop van een chronische ziekte en wie dat moet doen verschillen de meningen. Natuurlijk is er begrip voor de betekenis van de chronische ziekte voor de patiënt, maar over hoe daar mee omgegaan kan of moet worden en door wie bestaat geen eenduidigheid.

Wat betekent chroniciteit voor de continuïteit van zorg?

Een chronische ziekte veronderstelt vanuit de patiënt langdurige contacten met de hulpverlening. We hebben ons afgevraagd in hoeverre verslavingsartsen van mening zijn dat die langdurige contacten ook vorm gegeven worden in continuïteit van zorg zoals die door hen geboden zou kunnen of moeten worden. We hebben aan artsen werkzaam in de verslavingszorg gevraagd hun mening hierover te geven en die vergeleken met de meningen van huisartsen<sup>i</sup> over dezelfde thema's <sup>31</sup>.

Huisartsen en verslavingsartsen vinden kwaliteitsaspecten van continuïteit van zorg zoals het opbouwen van een relatie, goede verslaglegging, overdracht van gegevens, samenwerking met andere disciplines en zorg voor een scala van gezondheidsproblemen belangrijk tot zeer belangrijk, waarbij samenwerking met anderen voor verslavingsartsen zwaarder weegt. Als het gaat om het realiseren van deze kwaliteitsaspecten in de huidige praktijk dan scoren de huisartsen op alle punten significant hoger. Ze willen hetzelfde, maar in de huisartspraktijk lukt het beter dan in de verslavingsgeneeskundige praktijk. Op de vraag of de voorgestelde veranderingen in de gezondheidszorg de continuïteit van zorg in de huidige praktijk beïnvloeden zijn de verslavingsartsen wat minder somber dan de huisartsen. Beiden vrezen toch dat de veranderingen de continuïteit van zorg zullen aantasten. Het langer volgen van patiënten geeft voor beide groepen artsen plezier in het werk en draagt bij aan de professionele ontwikkeling. Het verlenen van zorg aan individuele patiënten zou volgens beiden door dezelfde dokter moeten gebeuren, waarbij het aanbieden van het afhandelen van het hele scala van gezondheidsproblemen door de verslavingsarts als iets meer belastend wordt ervaren. Bij goede verslaglegging of goede gecoördineerde zorg is er geen duidelijke voorkeur dat een patiënt in alle gevallen dezelfde arts ziet.

Kortom artsen vinden continuïteit van zorg erg belangrijk, huisartsen vinden dat het garanderen daarvan in de huidige praktijk beter lukt dan verslavingsartsen en beiden vrezen dat de huidige vormgeving van de zorg en de aanhoudende veranderingsdrift de continuïteit zullen aantasten, een vrees die volgens mij niet ongegrond is. Immers als er bij het vormgeven van de zorg gesproken wordt over zorgproducten die door productaanbieders worden aangeboden, waarbij vanuit consumentisme wordt verondersteld dat het voor de afnemer niet uitmaakt wie het product aanbiedt, dan wordt de professional van vlees en bloed als zorgaanbieder een productie-eenheid. Volgens mij wordt daarmee een onthechte professional gevormd, die dien ten gevolge minder professioneel zal blijken te zijn en zich wellicht minder bekommert om de continuïteit van de zorg die hij zelf geeft.

## Wat is de therapeutische relatie waard?

De aard van de relatie die twee mensen hebben verraadt zich door de naam die we aan de relatie geven. Relaties zoals man-vrouw, ouder-kind, arts-patiënt, patiënt-therapeut, therapeut-cliënt, makelaar-cliënt, bakker-klant of prostituee-klant roepen immers verschillende associaties op. In de maatschappelijke context wordt vaak gesproken over 'de klant', niet zelden wordt in de psychologische hulpverlening gesproken over 'de cliënt', maar als het om een biologische ziekte gaat spreken we van 'de patiënt'. Het klant of cliënt zijn impliceert een vrije keuze; ik kan deze bakker of deze makelaar kiezen. Bij mensen die ziek zijn is dit op zijn minst voor een deel een illusie. Aangereden op een binnenweg, vervoerd door een ambulance naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis, geholpen door de volgens rooster aanwezige arts en verpleegkundige. Er is geen sprake van een keuze, wat de herziening van het zorgstelsel ook voorspiegelt. Er zijn ook bij minder acute verwondingen of ziekten grenzen aan het kiezen <sup>32 33</sup>. De markt wordt geregeerd door transacties die worden afgehandeld, terwijl het in de zorg gaat om interacties in het kader van een proces, dat bij een chronische ziekte van lange duur is en verandert naarmate de ziekte voortschrijdt en het perspectief van de patiënt verandert. Een rollator kan via een transactie verworven worden; de verzorging van een wond, pijnbestrijding of een troostrijk woord zijn intermenselijke interacties in het kader van een behandelingsproces.

Voor zowel de benaming patiënt als cliënt kunnen rollen worden gedefinieerd, die wisselend behulpzaam dan wel hinderend kunnen zijn bij het realiseren van het doel van de bemoeienissen van de hulpverlener. Sprekend over een chronische ziekte zoals verslaving verdient het de voorkeur te spreken over de patiënt-therapeut relatie, waarbij de therapeut dus niet altijd een arts is. Traditioneel komt de term 'therapeutische relatie' uit het domein van de psychoanalytische therapie, waarbij 'treatment-alliance' of 'working-alliance' soms als synoniemen worden gebruikt <sup>34</sup>. Bij het vertalen van dit psychoanalytische begrip naar de psychotherapie, de algemene psychiatrie of de verslavingszorg of van het klinische concept naar onderzoeksinstrumenten wordt het steeds onduidelijker wat er met de toch al complexe term bedoeld wordt <sup>35</sup>.

Ik geef een omschrijving van de therapeutische relatie waarvan ik denk dat die voor de algemene praktijk behulpzaam is. Een goede therapeutische relatie is, hoe vanzelfsprekend dat ook mogen klinken in ieder geval humaan, dat wil zeggen dat binnen die relatie de gewone omgangsvormen gelden. Een therapeut geeft de patiënt verder het gevoel dat hij serieus genomen wordt en gevalideerd wordt voor wie hij is en niet voor wat hij is. Hij doet dat onder meer door naar zaken te informeren die voor de patiënt belangrijk en door op een flexibele manier zijn professionele activiteiten uit te voeren. Hij engageert patiënten en vormt een krachtige samenwerkingsrelatie. Een relatie die op zich niet genezend is maar wel faciliterend voor meer therapietrouw en minder vroege drop-out en door de patiënt wordt ervaren als behulpzaam.

Bij een chronische ziekte suggereert 'therapeutisch' mogelijk teveel de cure zijde van een behandeling, reden waarom er in die gevallen gesproken zou kunnen worden van een 'helpende relatie'. Vanwege de

verwarring die dat oproept pleit ik ervoor ook bij de behandeling van chronische patiënten te blijven spreken van een therapeutische relatie.

De volgende vraag die we ons stellen is of de therapeutische relatie er toe doet in de verslavingszorg? Het blijkt in ieder geval dat de kwaliteit van de vroege therapeutische relatie een consistente voorspeller is voor het aangaan van een behandeling, van het in behandeling blijven en van verbeteringen op de korte termijn. Minder eenduidig is het effect op de uitkomst na de behandeling <sup>36</sup>.

De therapeutische relatie is geen constante, maar wordt beïnvloed door een aantal factoren. Motivatie, copingstijlen, sociale steun en hechtingstijlen beïnvloeden de kwaliteit van de vroege therapeutische relatie <sup>37</sup>. Dat is belangrijk omdat deze factoren zelf ook weer te beïnvloeden zijn. Een koude en afstandelijke zelfperceptie van de patiënt is negatief geassocieerd met de kwaliteit van de relatie en is een significante predictor voor vroege drop-out <sup>38</sup>. Uit eigen onderzoek blijkt dat de samenwerking en de behulpzaamheid in de therapeutische relatie met name voorspeld wordt door de perceptie die de patiënt heeft van interpersoonlijke kenmerken van de therapeut <sup>39</sup>.

Ik concludeer dus dat de therapeutische relatie er toe doet!

## Voorlopig resumé

Patiënten en therapeuten delen een niet bepaald optimistisch beeld van de chronisch verslaafde mens. De patiënten zijn gedemoraliseerd, de therapeuten zijn dat eigenlijk ook, en de meningen over chroniciteit zijn zo divers dat er geen consistent model uit kan worden afgeleid. Het wordt niet helder wat we moeten verstaan onder verslaving als chronische ziekte, hoe de rollen door de patiënt en de therapeut moeten worden gespeeld en hoe er systematisch aandacht besteed moet worden aan de betekenis die het hebben van een chronische ziekte heeft voor de patiënt. Een groep van professionals, artsen in dit geval, vinden continuïteit van zorg erg belangrijk, maar ze vrezen dat dit door zorgveranderingen nu en in de toekomst verder zal worden aangetast. We constateren ten slotte dat de therapeutische relatie in geval van een chronische ziekte belangrijk is voor de kwaliteit en het resultaat van de zorg.

Volgens mij is het niet verwonderlijk dat er in de ontmoeting met de moeilijke patiënt, vaak ad hoc, individuele en/of collectieve ontsnappingen worden gehanteerd om onder nare gevoelens uit te komen, gevoelens die een dergelijke ontmoeting nu eenmaal bijna per definitie oproept. Iedere professional dient zich daarom te bezinnen op zijn ontsnappingstechnieken en op dat wat door hem vermeden wordt vanwege moeilijk te verdragen gevoelens. Juist in een tijd waarin voortdurende veranderingen het werk vaak meer frustreren dan faciliteren, is de ontmoeting met de patiënt voor de professional ongeveer de enige constante factor in het werk. Die factor is bijna de enige rechtvaardiging voor het voortdurend willen verbeteren van het eigen kunnen van de professional. Reflectie op eigen denken, voelen en handelen is daarvoor in dit verband één van de belangrijke instrumenten.

In het vervolg van mijn betoog wil ik vanwege de onvolkomenheden van het biopsychosociale model, ziekte, chroniciteit en de therapeutische relatie vooral ingaan op herdefiniëring van het begrip ziekte en van verslaving als ziekte met een chronisch karakter. Ik wil een samenhangend model schetsen dat mogelijkheden biedt om op basis van het contact tussen patiënt en therapeut de complexiteit van de behandeling van patiënten die chronisch verslaafd zijn aan te pakken.

## Wat is een chronische ziekte?

Aan het begrip ziekte kan op verschillende manieren uitleg gegeven worden. De Nederlandse definitie van ziekte volgens van Dale is: 1 het ziek-zijn, toestand van ziek-zijn, het gestoord zijn van de werking van één of meer organen. 2 elk van de bijzondere vormen waarin het ziek-zijn zich voordoet (met als voorbeelden de ziekte van Weil, leverziekten, ongeneeslijke ziekten)<sup>22</sup>. Een definitie die weliswaar algemeen bekend is, maar die vooral een comfortabele waan biedt waarin we denken dat iedereen weet wat ziekte betekent <sup>40</sup>. Dat het Nederlands hier tekort schiet wordt duidelijk als we proberen het volgende te vertalen: 'diseases are causes of illness' (citaat <sup>41</sup>). Als we van Dale volgen dan veroorzaakt omschrijving 2 de toestand beschreven onder 1. Het definiëren van gezondheid en ziekte is dus geen eenvoudige zaak. Verslaving een ziekte noemen vraagt echter wel om eenvoud en helderheid. Begrippenparen zoals gezond/niet gezond, ziek/niet ziek of ziekte/geen ziekte zijn niet op een bevredigende manier voor algemeen, wetenschappelijk en praktisch klinisch gebruik te beschrijven <sup>42</sup>. We stellen voorlopig voor de klinische praktijk vast dat ziekten niet bestaan zonder patiënten die ze hebben. De patiënt tijdens het spreekuur is dus geen maagzweer of een borderliner, maar een patiënt met een maagzweer of een borderline persoonlijkheidsstoornis. Tijdens het spreekuur ontmoeten therapeut en patiënt elkaar bij de start in de diagnostische fase vanuit een verschillend perspectief. De therapeut probeert symptomen zo waar te nemen dat een controleerbare, gestandaardiseerde beschrijving ontstaat, terwijl de patiënt door de zelfbeschrijving van klachten die altijd individueel, uniek en daarmee oncontroleerbaar zijn, duidelijk te maken waarom hij doet, denkt en voelt zoals hij doet. Het eerste is van belang om toegang te krijgen tot het wetenschappelijk verantwoorde weten (erklären), het laatste voor het vertalen van dit weten naar het ziek zijn (verstehen) van de individuele zieke en voor het handelen door de therapeut.

Het Engels geeft termen die mogelijk meer behulpzaam zijn om het begrip ziekte genuanceerd te definiëren. Gesproken wordt over 'disease', 'sickness' en 'illness' <sup>10 43 44</sup>.

De naam van een ziekte in de zin van disease verwijst naar de som van abnormale gebeurtenissen die zich voordoen bij een groep van levende organismen in associatie met een gespecificeerde karakteristiek of set van karakteristieken waardoor ze verschillen van de norm die geldt voor hun soort op zo'n manier dat ze hierdoor een biologisch nadeel oplopen <sup>41</sup>. Een ziekte is een klasse of categorie van toestanden van individuele leden van een soort zoals dier of plant die: (1) de interne biologische relaties (volgens wetmatige principes) verstoort die de karakteristieke ontwikkeling en de typische geschiedenis van de soort bepalen; (2) zich voordoet in een patroon dat gedeeld wordt door tenminste één lid van dezelfde soort; (3) een voorlopige basis vormt voor de verklaring van de oorzaken en/of de natuurlijke geschiedenis van de verstoring in de interne biologische relaties. Als het de mens betreft kan het als verklaring of uitleg dienen voor hen die door de ziekte zijn aangedaan en (4) er voor zorgt dat tenminste bij een deel van de individuen die de ziekte hebben wordt belemmerd dat zij gedijen als hun soortgenoten <sup>45</sup>.

Toegesplitst op verslaving stellen we vast dat verslaving de biologische relaties verstoort, waarmee ik niet bedoel het aantasten van de lever door overmatig alcoholgebruik. We spreken over verslaving als een hersenziekte, een ziekte dus die met name de biologische relaties in het brein verstoort. Denken, voelen en handelen vormen de output van het brein, een brein waarin hiertoe een nauwkeurig evenwicht wordt onderhouden tussen aandrift of motivatie, beloning, geheugen en controle. Bij verslaving wordt de relatie tussen aandrift, (verwachte) beloning (door gebruik van middelen) en geheugen (geconcentreerd op die belonende effecten) versterkt en onttrekt dit triumviraat met onbeperkte macht zich aan de (hogere corticale) controle <sup>46</sup>. Deze verstoring doet zich bij meerdere personen voor <sup>47</sup> in een patroon van zichtbare kenmerken die in classificaties worden ondergebracht <sup>15 48</sup>. Classificaties die nu vooral nog een descriptief karakter hebben. Steeds wordt er gezocht naar meetbare componenten die niet met het blote oog kunnen worden waargenomen <sup>49</sup>, ook als het gaat om verslaving <sup>16 50</sup> en die bij kunnen dragen aan het verklaren <sup>19</sup>. Hoe het beloop ook mag zijn, duidelijk is dat verslaving er voor zorgt dat zij die de ziekte hebben niet gedijen zoals gebruikelijk is voor mensen <sup>51</sup>. Kortom verslaving is een ziekte in de zin van een 'disease'. Ziekte als begrip waar de therapeut zijn opdracht voor een deel mee kan vervullen, namelijk om wetenschappelijk te kunnen verklaren. De klachten passend bij de ziekte brengt de patiënt naar de dokter, in die zin wordt er gesproken over 'illness' <sup>44</sup>; ziek-zijn benadert in het Nederlands deze Engelse begrip het best. Ten slotte verwijst 'sickness' meestal naar de relatie tussen het individuele ziek-zijn en macrosociale krachten (economisch, politiek, institutioneel) <sup>44</sup>, maar soms ook naar de zeer individuele en subjectieve uiting, zoals 'Ik ben er ziek van' of 'Je ziet eruit alsof je ziek bent'. In beide gevallen kunnen we spreken over 'ziekte-gedrag', dat zich in relatie tot macrosociale krachten kan manifesteren als 'ziekte-verzuim' en in de directe omgeving van de patiënt naar de partner of de therapeut als 'aanstellen' of 'groothouden'. Zowel de maatschappij als de partner of therapeut reageren hierop, vaak stereotypisch <sup>28</sup>.

Aan het begin van mijn betoog heb ik gesproken over verslaving als chronische ziekte. Artsen en psychologen hebben zich op onze uitnodiging uitgesproken over het begrip chroniciteit, waarbij er geen goed en consistent gedefinieerd beeld is ontstaan. Als we vervolgens kijken naar de literatuur dan wordt een chronische ziekte gedefinieerd als een ziekte die tenminste zes maanden duurt en die er toe leidt dat de betrokken persoon zijn dagelijkse activiteiten in aanzienlijke mate verandert. Veranderingen die toegeschreven kunnen worden aan een verminderd uithoudingsvermogen, mobiliteit of cognitief functioneren en die resulteren in een beperking van de mogelijkheden van een individu om zijn gebruikelijke (premorbid) leefstijl te vervolgen <sup>52</sup>.

Verslaving voldoet aan deze definitie van chroniciteit en we kunnen dus op wetenschappelijke gronden in het vervolg terecht spreken over verslaving als een chronische ziekte. Daarmee is echter niet gezegd wat dat betekent voor de klinische praktijk en ons inzicht in het beloop. Bij andere chronisch psychiatrische stoornissen zoals schizofrenie levert de definiëring van het beloop ook al lang begrijpelijke problemen op <sup>53</sup>, wat samenhangt met de veelheid van combinaties van de klinische symptomatologie, de intensiteit en de duur, de mate van remissie, de frequentie van terugvallen of exacerbaties, de symptoomveranderingen tijdens opeenvolgende exacerbaties, enzovoort. Juist die combinaties maken ook bij verslaving het beloop



zo grillig en complex, wat vanuit wetenschappelijk perspectief een uitdaging zou moeten zijn. Voor de klinische praktijk is het een bedreiging omdat het de relatie tussen interventie en effect kan maskeren en daardoor kan bijdragen aan de voortschrijdende demoralisatie bij therapeut en patiënt.

Het is daarom van groot praktisch en wetenschappelijk belang het beloop van chronische verslaving beter te definiëren dan tot nu toe het geval is <sup>15</sup>. De verslavingskunde is een nog erg jonge wetenschap die zoals we eerder constateerden onder meer een samenhangende en consistente definitie van het beloop van verslaving ontbeert. Voor de verdere ontwikkeling van verslavingskunde is het echter noodzakelijk dat er een goed gedefinieerd begrippenkader wordt ontworpen. In het kader van deze rede kunnen daarvan slechts de globale contouren geschetst worden, contouren die ik afleid van pogingen om mechanismen te exploreren die betrokken zijn bij het beloop van ziekten zoals schizofrenie <sup>53</sup>.

Naar mijn mening dient de definiëring van het beloop van verslaving allereerst gebaseerd te zijn op de notie dat verslaving een chronische ziekte is zoals boven beschreven. Zij zal niet alleen de diagnostische kenmerken van de ziekte beschrijven binnen de klinische psychopathologie maar dat ook trachten te doen in de taal van de onderliggende neurobiologie. Naast de fenotypische beschrijvingen binnen de klinische psychopathologie dienen er daarom meer direct biomedische markers gezocht te worden voor het vaststellen van de activiteit van het ziekteproces, voor het verbeteren van de differentiatie tussen verschillende klinische beelden en voor het identificeren van subklinische beelden <sup>49</sup>. Dergelijke markers kunnen kwetsbaarheid verraden voor het ontstaan van de eerste manifestatie van de ziekte of informatie geven over het beloop als de ziekte zich eenmaal geopenbaard heeft. Een marker geeft aan dat het gebied waar zij als teken geplaatst is een risicofactor is. Een marker is dus niet hetzelfde als een risicofactor. In de definiëring van het beloop zal verder aangegeven moeten worden welke factoren het beloop kunnen beïnvloeden, waarbij determinanten, triggers, modificerende en mediërende factoren dienen te worden onderscheiden. Determinanten zijn factoren die nauw zijn geassocieerd met de etiologie en de pathogenese van verslaving en hebben meestal een biologisch karakter, bijvoorbeeld een bepaald genetische polymorfisme van een opiaatreceptor. Triggers lokken de eerste manifestatie of een exacerbatie uit van verslaving en kunnen komen uit het hele biopsychosociale areaal. Het beloop kan worden gemodificeerd door bijvoorbeeld persoonskenmerken of de mate van sociale integratie. De belangrijkste mediërende factor in het beloop is de behandeling die geboden wordt. Ten slotte is het beloop van verslaving natuurlijk een dynamisch proces waarin alle genoemde factoren een rol spelen en elkaar op nog niet opgehelderde manier beïnvloeden.

Kortom, de verdere definiëring van het beloop van verslaving zal geen sinecure blijken te zijn, maar het zal moeten gebeuren als we onze kennis en inzicht in verslaving willen vergroten en de kwaliteit van de zorg kunnen vaststellen en verbeteren.

## Hoe gaan we verslaving als chronische ziekte behandelen?

In het laatste hoofdstuk van zijn boek verzucht Balint enigszins dat als je je eigen manier van werken zo minutieus onder de loep neemt, zoals de huisartsen dat in het vijfjaar durende project hebben gedaan, het dan pas zichtbaar wordt hoe moeilijk je werk eigenlijk is. Die verzuchting lijkt wel wat op de samenvatting van het uiteindelijke resultaat van psychotherapie, waarbij ik Freud parafraseer: neurotische ellende wordt reële ellende. Op de vraag 'Is that all there is?' geeft Lorna Smith Benjamin <sup>54</sup> een antwoord met een soortgelijke strekking: 'That's all there is'. Ontdaan van valse hoop op 'quick fixes' gaat Balint verder met de constatering dat het werk van de betreffende huisarts door reflectie op zijn werk wel interessanter en meer belonend is geworden. Dat geeft ons hoop als we constateren dat het fenomeen verslaving misschien wel helderder is geworden, maar nog steeds uitermate complex blijkt te zijn.

Als het gaat om behandeling van verslaafde patiënten sluit de behandeling van verslaving gedefinieerd als chronische ziekte op een natuurlijk wijze aan bij een model voor de psychotherapeutische behandeling van patiënten met milde tot ernstige psychologische stoornissen <sup>55</sup>. Bij patiënten met chronisch verslaving hebben we te maken met een ernstige stoornis. De vraag is dan natuurlijk in hoeverre een model voor milde tot matige psychologische stoornissen valide is als het gebruik wordt voor het ordenen van de behandeling van patiënten met een ernstige stoornis.

Laten we het toch maar proberen, want een beter model dat valide is gebleken voor verslaafde patiënten hebben we (nog) niet. Vooraf nog een opmerking die te maken heeft met de aard van de ziekte. De therapeut in de verslavingszorg ontmoet verslaafde patiënten. Dat betekent dat hij bij elke actie eerst inzicht moet zien te krijgen in de biologische stabiliteit van de patiënt; Heeft de patiënt klachten of symptomen van intoxicatie of onthouding?

Volgens het fasemodel wordt allereerst gefocust op verbetering van het subjectieve welbevinden. We spreken dan van Remoralisatie. Als hopeloosheid of demoralisatie niet vermindert dan hebben overige therapeutische interventies minder zin <sup>56</sup>. Ik denk daarom dat een patiënt die in aanraking komt met ons complexe zorgsysteem eerst en vooral iemand naast zich wil zien die gevoel heeft voor zijn problemen en die uitstraalt mede zorg te willen dragen voor hem als persoon en als patiënt. Iemand die hoop uitstraalt en moedeloosheid, hopeloosheid of demoralisatie verdragen kan en verlichten wil en ondanks alle ellende bereid is een relatie met hem aan te gaan en het expliciet wil hebben over die ellende. Bezorgdheid en betrokkenheid vormen de basis van een goede therapeutische relatie en geven hoop! <sup>57</sup>.

Vervolgens richt de behandeling zich op symptomatisch herstel en vermindering van symptomatische stress. We vatten dat samen als Remediatie. Het gaat in het kader van deze rede te ver een systematisch overzicht te geven van het hele scala van effectieve biologische <sup>58</sup> en psychosociale <sup>59</sup> behandelingsvormen voor verslaafde patiënten. De conclusie kan niet anders zijn dat behandeling werkt! Therapeuten moeten zich volgens mij via de leermethode van Evidence Based Medicine constant op de hoogte houden van de

stand van wetenschap om op basis daarvan zo goed mogelijk problemen op te lossen die zich voordoen in de ontmoeting met de individuele patiënt.

Bij een chronische aandoening moet de behandeling zich ook richten op verbetering van het functioneren op meerdere levensgebieden. We noemen dat Rehabilitatie. Als het gaat om rehabilitatie is het goed zich te realiseren dat er mensen zijn die iets niet (nog niet) willen kunnen, op twee benen lopen na een knieoperatie, en mensen die echt niet op twee eigen benen kunnen lopen zoals na een amputatie van het onderbeen. In het eerste geval is het zaak dat de therapeut de patiënt probeert te motiveren tot willen. Als er iets is wat we de laatste decennia met name in de verslavingszorg geleerd hebben dan is het dat het heel goed mogelijk is mensen te motiveren zelf gedragsveranderingen ter hand te nemen. Op basis van het Transtheoretisch model voor verandering <sup>60</sup> is daartoe voor de praktijk een effectieve methode ontwikkeld die aangeduid wordt als ‘Motiverende Gespreksvoering’ <sup>61 62</sup>.

De term rehabilitatie past het beste bij de patiënt die weer wil gaan doen wat hij eigenlijk al kan. In het tweede geval zal de therapeut proberen te bewerkstelligen dat de patiënt accepteert dat hij een prothese nodig heeft en dat hij gemotiveerd wordt die te gaan gebruiken. We zouden dan het beste kunnen spreken van revalidatie.

Het model dat ik voorsta gaat een stap verder. Vanuit het perspectief van patiënten wordt hieraan herstel in de zin van Recovery toegevoegd. Herstel verwijst in dit verband naar de verantwoordelijkheid van de aangedane mens het eigen leven (weer) vorm te geven. Benadrukt moet worden dat iemand niet gerehabiliteerd wordt, zoals een auto een grote beurt krijgt, maar dat iemand een proces volgt waarin hij een transformatie van het zelf doormaakt met enerzijds acceptatie van zijn beperkingen en anderzijds de ontdekking van een wereld met nieuwe mogelijkheden <sup>11</sup>. Dit geldt in nog sterkere mate voor Recovery, de rol van de therapeut daarin is nauwelijks doordacht. Ik kom op dit thema terug als ik spreek over autonomie.

Het realiseren van de 4 R's wordt voltrokken in de ontmoeting tussen therapeut en patiënt. Dergelijke lettercombinaties spreken soms langdurig aan (Rust, Reinheid, Regelmaat zijn nog steeds van belang in de periode na de geboorte van een kind), maar dienen wel goed geoperationaliseerd te worden. Er zou voor de 4R's goed aangegeven moeten worden welke taken en verantwoordelijkheden bij wie liggen. Ik ga daar een poging toe wagen, en ik doe dat vanuit de gedachte dat de therapeut en de patiënt een koppel vormen.

## Hoe maken we van de patiënt en de therapeut een productief koppel?

Denkend aan het BPS model hebben we in feite een subsysteem als we spreken over therapeut en patiënt. De herdefinitie van ziekte herdefinieert de rollen van dit koppel naar elkaar maar ook naar met name het subsysteem waar ze deel vanuit maken. De ontmoeting vindt plaats in een spreekkamer met de deur dicht, maar de resultaten werken door in zowel een lager subsysteem (de lever herstelt zich bij het stoppen met drinken) als in een hoger systeem (de partner van de patiënt houdt wantrouwen over blijvende abstinentie of verwijt over aangericht verdriet tijdens excessief drinken).

Ook in de ontmoeting tussen therapeut en patiënt in de verslavingszorg geldt het adagium: genezen zelden, verlichten dikwijls en troosten altijd, aspecten van zorg die terug te vinden zijn in de 4 R's. Hoe kunnen we therapeuten en patiënten op basis hiervan hints meegeven voor een goed therapeutisch proces?

Bij mijn poging het begrip Remoralisatie te verhelderen gaf ik al aan dat de patiënt iemand naast zich wenst en niet tegenover hem. Dat betekent dat de therapeut een interactiestijl hanteert die getuigt van respectvol bejegenen, betrokkenheid, serieus nemen, bezorgdheid zonder betutteling, reële hoop geven. Het niet alleen als patiënt gezien worden maar ook als volwassen mens wordt vaak belangrijker gevonden dan informatie dat een bepaalde behandeling in zoveel procent tot het gewenste resultaat leidt. Het is dan nodig dat therapeuten zich via de landelijke pers de les moeten laten lezen over normale omgangsvormen<sup>63</sup>.

Therapeuten zijn op basis van de WGBOK gehouden aan goed hulpverlenerschap en dienen goed te handelen volgens de geldende professionele standaarden, dat spreekt vanzelf.

Naar mijn mening neemt een patiënt omdat hij, terecht, met rechten omringd is zeker geen vrijblijvende positie in de zorg in. Zo heeft een goede patiënt de verplichting inlichtingen te verschaffen en medewerking te verlenen die voor een goede uitvoering van de behandelingsovereenkomst nodig is<sup>64</sup>. Ik zou er aan willen toevoegen dat de patiënt een interactiestijl hanteert die getuigt van respectvol bejegenen en serieus nemen. Het niet alleen als therapeut gezien worden maar ook als volwassen mens wordt door een therapeut belangrijk gevonden.

In het nomothetisch (biologisch) domein is het de taak van de therapeut zaken te verklaren (erklären). Als het om ziektegedrag en ziek-zijn gaat dan voldoen de wetmatigheden van de biologie niet, dan betreden we het ideografisch (psychosociale) domein en proberen we te begrijpen (verstehen). Vanuit beide posities kan de therapeut hoop bieden. Een moeilijke opdracht is het voor de therapeut een relatie te leggen tussen de stoornissen in het biologisch domein en de reflecties daarvan binnen het psychosociale domein en daar consequenties aan te verbinden. Ik doel daarmee onder meer op de invloed die psychoactieve stoffen hebben op het brein en de aantasting van de autonomie die daar het gevolg van kan zijn. Het ontbreekt namelijk nog aan objectieve criteria om de omslag van (een glaasje) 'willen' naar 'moeten' (drinken) vast te stellen, het niet meer te beïnvloeden 'moeten' te objectiveren en te beoordelen welke voltrokken

rampscenario's te wijten zijn aan een objectiveerbaar tekort schietend oordeelsvermogen en de gevaren die daaruit voortvloeien voor de patiënt en diens omgeving. Ook hier geldt meedogenloos dat het niet willen leggen van die relatie ook een relatie legt, met ontkenning en uitstoting als gevolg. In ons tijdsgewricht bestaat er geen twijfel over dat iedereen autonoom is en voor zichzelf kan en moet beslissen. Autonomie heeft echter ook een andere kant, namelijk die van een conditie die nooit volledig gerealiseerd wordt <sup>65</sup>. Het ideaal van autonomie wordt gezien als zelfbeschikking in overeenstemming met voor de betreffende persoon authentieke waarden en doelen. Autonomie kan vanuit dit perspectief alleen ontwikkeld en bereikt worden door interactie met anderen die ons kunnen helpen de noodzakelijke vaardigheden te ontwikkelen en te oefenen en die ons laten zien wat waarden en doelen zijn die de moeite waard zijn om te ontwikkelen. Het ontwikkelen van autonomie vergt exploratie van het zelf, de omgeving en de relatie tussen beiden en kan pas plaats vinden als zich een zekere mate van vertrouwde hechting met een ander heeft ontwikkeld. Misschien hebben de morele kwaliteiten in de vertrouwensrelatie, zoals vertrouwen, dankbaarheid, toewijding en respect daarom wel een meer helende werking dan allerlei effectief gebleken therapeutische interventies, juist omdat ze bijdragen aan de bevordering van zelfvertrouwen en zelfrespect. De ethiek van de zorg zou zich daarom dan ook moeten aansluiten bij het beeld van autonomie als een ideaal dat ontwikkeld kan worden en waaraan de therapeut een respectvolle bijdrage kan leveren.

Voor het reduceren van de complexiteit van de relatie is het behulpzaam verschillende componenten in de ontmoeting tussen therapeut en patiënt te identificeren. Sledge en Feinstein <sup>66</sup> hebben op basis van kwalitatief onderzoek van besprekingen van vele casus en gesprekken met de betreffende patiënten vijf componenten onderscheiden die meespelen in de ontmoeting tussen therapeut en patiënt: achtergrondfactoren van beiden die wezenlijk zijn voor zowel de patiënt als de therapeut; beider individuele anticipaties over wat er gaat gebeuren als ze elkaar ontmoeten; omgevingsfactoren, waaronder ander personeel; individuele reacties tijdens de ontmoeting die elkaar beïnvloeden; en de consequenties van de uitkomst voor elk van de deelnemers.

Kortom componenten die een ontmoeting tot een complexe onderneming maken en die nauwelijks in één model te vangen zijn. Er kunnen wel groepen van frequent voorkomende problemen worden onderkend zoals uiteenlopende verwachtingen over de uitkomst, het niet op de hoogte zijn van de therapeut van de achtergrond van de patiënt en diens hulpverleningsgeschiedenis (vooral bij wisselende contacten), het niet herkennen van en begrijpen van emotionele of psychiatrische problemen en chroniciteit of hopeloze of uitzichtloze situaties. De professional moet daar dus op voorbereid zijn, zowel voor wat betreft de componenten die hij tegen zal komen in het gesprek met de patiënt als de problemen die zich kunnen voordoen met de daarbij behorende interventies die kunnen bijdragen aan een oplossing. Helaas is daar geen standaard richtlijn voor. Naar mijn mening is uitsluitend supervisie een geschikte methode om dergelijke complexe, professionele vaardigheden aan te leren.

Een fenomeen dat in ieder geval in de supervisie aan bod moet komen is het willen leren van het optreden van onvermijdelijke parallele processen. Ik stelde eerder vast dat als patiënten en therapeuten verstrikt zijn in vicieuze cirkels ze, als ze elkaar ontmoeten, congruente rollen zullen spelen. Dat leidt er toe dat beiden

niet veranderen en beiden blijven zitten met een onaangenaam gevoel. In de supervisie levert terugredeneren vanuit het onaangename gevoel van de therapeut via herkenning van de eigen vicieuze cirkel inzicht in de mogelijke afspiegeling van de vicieuze cirkel van de patiënt. Dat biedt uitzicht op het geven van een constructieve wending aan een vastgelopen therapeutische relatie en op het mobiliseren van verandering bij de patiënt.

Niet alleen reflectie op parallele processen komt aan de orde in supervisie, ook het aanleren van adequate gespreksvaardigheden is van groot belang. In supervisie bijeenkomsten, die ik leid, met artsen blijkt dat zij nog vaak volgens de gebruikelijke klinische anamnese vragen wat de klachten zijn van een patiënt die hen consulteert. Reflectie leert al snel dat daarmee een toon word gezet die ziektegedrag consolideert. Zeker bij chronische patiënten wordt de volgende openingszin als veel zinvoller ervaren: ‘Wat zou u willen dat ik voor u zou doen?’ De vrees bestaat dat dit een uitnodiging is voor het spel: U vraagt en wij draaien. De praktijk laat zien dat dat een irreële angst is, zeker als er over nagedacht is wat voor antwoord kan volgen. Als het mogelijk is om het verzoek uit te voeren doet de therapeut dat. Als dat niet het geval is kan de therapeut dat uitleggen en onderhandelen over een geschikt compromis of proberen een alternatief, acceptabel verzoek te evoceren. Op zijn minst heeft hij door het antwoord op zijn vraag gehoord wat de patiënt dacht en wilde <sup>66</sup> en kan hij aangeven wat er binnen de grenzen van zijn mogelijkheden wel en niet kan. Irreële verwachtingen van patiënten worden daarmee snel duidelijk en in veel gevallen door heldere antwoorden ook losgelaten. Therapeuten in de verslavingszorg waarvan een meer psychotherapeutisch georiënteerde benadering verwacht mag worden kunnen de openingszin nog meer open stellen: ‘Wat heeft u nodig? Wat zou u helpen?’<sup>54</sup>

Kleinman benadrukt in dit verband dat een centraal thema in de klinische ontmoeting de uitwisseling hoort te zijn van Verklarende Modellen. Verklarende Modellen <sup>30</sup> van zowel de therapeut als de patiënt over (1) de etiologie, (2) het begin van de symptomen, (3) de pathofysiologie, (4) het beloop van de ziekte, inclusief het type ziekenrol en de ernst van de ziekte en (5) de behandeling <sup>67</sup>. Van de therapeut moet verwacht worden dat hij de juiste vragen weet te stellen om de niet zelden wisselende modellen <sup>68</sup> van de patiënt te leren kennen. De therapeut heeft dus op basis van de uitwisseling van gegevens inzicht in de problemen die samenhangen met de ziekte, het ziek-zijn en het ziektegedrag. Het model van de patiënt vergelijkt hij vervolgens met zijn eigen model en hij realiseert zich de contrasten met de eigen normen en waarden. De therapeut probeert dan in simpele en directe termen te verwoorden wat zijn model is als het gaat om de vijf bovengenoemde thema’s. Samen vergelijken ze de beide Verklarende Modellen. De therapeut medieert tussen verschillende cognitieve en waarde oriëntaties. Op een actieve manier onderhandelt hij, als een bondgenoot, met de patiënt over de behandeling en de verwachte uitkomst. In feite is dit het actieschema waarmee op concrete wijze vorm gegeven wordt aan Shared Decision Making<sup>69</sup>.

Het op zo’n manier laten verlopen van de interacties tussen therapeut en patiënt dat die bijdragen aan een gemeenschappelijk doel is een uitdaging. Balint zegt hierover dat het werk er interessanter en

bevredigender door wordt, en ik denk dat hij daar ook nu nog gelijk in heeft. We stelden eerder vast dat een gedemoraliseerde patiënt met een gedemoraliseerde therapeut een 'perfect couple' is: een koppel dat er waarschijnlijk niet in zal slagen tot een gemeenschappelijk doel te komen en een afgesproken doel te behalen. Stereotype interacties tussen therapeuten en verslaafde patiënten zoals beschreven in *Games Addicts Play* worden vanuit een psychoanalytisch kader meer professioneel gedefinieerd als patronen van overdracht en tegenoverdracht <sup>70</sup>. Patronen die heden ten dage niet geheimzinnig of onmeetbaar meer zijn <sup>71</sup>. Ze weerspiegelen de neiging van het brein huidige ervaringen te plaatsen in het raamwerk van ervaringen uit het verleden en te reageren met een combinatie van oude en nieuwe intra- en interindividuele reactiepatronen. Het herkennen van overdracht en tegenoverdracht die zich voordoen in de interindividuele ruimte tussen therapeut en patiënt is essentieel om te voorkomen dat interacties vastlopen, om vastgelopen interacties weer vlot te trekken en om de therapeut te behoeden zelf ten onder te gaan in een ontwarbare kluwen van gedachten, gevoelens en gedrag <sup>72</sup>.

Ik heb er voor gekozen de therapeutisch relatie bij verslaving onder de loep te nemen aan de hand van de ontmoeting tussen de therapeut en de patiënt in de spreekkamer. De werkelijkheid van de behandeling is natuurlijk veel complexer, omdat de chronisch verslaafde patiënt gedurende lange tijd in contact komt met meerdere therapeuten in verschillende settings. Juist in die complexe werkelijkheid is het noodzakelijk inzicht te hebben in de wederwaardigheden van overdracht en tegenoverdracht <sup>14</sup> en hoe er voorwaarden geschapen moeten worden om ook in die complexiteit het cruciale belang van consistentie in de therapeutische relatie te kunnen waarborgen. Eén van die voorwaarden is dat therapeuten Verklarende Modellen hanteren waarvan een belangrijk deel door een ieder wordt erkend als een gezamenlijk model en als zodanig wordt uitgedragen. Een dergelijk model kan niet opgelegd worden, maar uitsluitend via een dialoog ontwikkeld worden. Interprofessionele supervisie kan daarbij een belangrijk helpend instrument zijn.

Waar zijn we? Hoe nu verder?

In mijn betoog heb ik vastgesteld dat een BioPsychoSociale visie noodzakelijk doch niet voldoende is om alle aspecten van het fenomeen verslaving te kunnen verklaren, te begrijpen en aan te pakken. Verslaving definiëren als ziekte heeft zeker toegevoegde waarde, niet alleen voor verklaren en begrijpen maar ook voor de vormgeving van de behandeling. We komen nog wat verder als we de ziekte verslaving het predikaat ‘chronisch’ geven. Dan kunnen we beter aangeven dat er in de behandeling sprake dient te zijn van continuïteit van zorg. Vervolgens heb ik ingezoomd op dat wat er gebeurt in de ontmoeting tussen therapeut en patiënt. In termen van het BioPsychoSociaal model zie ik die twee personen als een subsysteem dat ik de therapeutische dyade heb genoemd. Vanuit dat perspectief heb ik geschetst welke processen er door die twee in dat subsysteem ter hand genomen moeten worden, namelijk Remoralisatie, Remediatie, Rehabilitatie en Recovery. Ik heb deze vier processen niet in detail uitgewerkt, maar ik heb me in mijn betoog vooral gericht op de manier waarop er binnen de therapeutische dyade voorwaarden geschapen worden waardoor die processen goed uitgevoerd kunnen worden. Ik achtte het mijn taak de rol en de taken van de professionele therapeut uit te werken.

Daar staan we op dit moment. De vraag is hoe nu verder? Ik geef me zelf de vrijheid te filosoferen over een ideaaltypische oplossing, een oplossing waar ik met plezier aan zou willen meewerken.

Mijn belangrijkste antwoord op de vraag hoe we verder zouden kunnen gaan is dat het verbeteren van de kwaliteit van de ontmoeting in de therapeutische dyade in de komende jaren de volle aandacht krijgt. Ik kies er voor op basis van mijn eerdere betoog verder te redeneren vanuit het BPS model. Dat wil zeggen dat de therapeutische dyade het primaat krijgt bij de noodzakelijke veranderingen in de zorg en dat er dus voorwaarden voor optimale ontmoetingen geschapen worden. Er zijn drie niveaus van subsystemen waarin daaraan wordt gewerkt; het subsysteem van de therapeutische dyade en de subsystemen die een hogere of lagere ordening hebben.

Dit is een niet geringe opdracht waarbij van minstens vier partijen het doen en laten gaat veranderen, namelijk cliënten, professionals, bestuurders en wetenschappers. Ieder zal dat voor zichzelf doen, voor wat betreft de onderlinge relaties doen ze dat samen. Ik spreek hier over cliënten, omdat het mensen betreft die weliswaar op enig moment als patiënt de therapeut ontmoeten, maar die voor deze opdracht een zekere afstand moeten kunnen nemen van hun persoonlijke betrokkenheid met verslaving en verslavingszorg.

Uit mijn eerdere betoog komen er in ieder geval twee instrumenten naar voren om de dialoog tussen verschillende subsystemen constructief te voeren. In de eerste plaats wordt de methode van het uitwisselen van Verklarende Modellen gebruikt om aan de hand van de 4 R's te verhelderen wat ieders taken en verantwoordelijkheden zijn. In de tweede plaats vindt er een reflectie plaats op het fenomeen van parallelle processen, om te leren op welke wijze subsystemen positief of negatief werkende processen elkaar beïnvloeden. De vraag wordt beantwoord welke positieve of negatieve processen werkzaam zijn



binnen elk subsysteem en hoe die schaduwen werpen in andere systemen. Het is van belang dat niet iedereen als een Baron van Münchhausen zichzelf aan de haren uit de modder probeert te trekken, maar gebruik maakt van de opbrengst van de dialoog of de directe hulp van een ander.

Therapeuten en cliënten bezinnen zich op dat wat zij noodzakelijk achten om te kunnen spreken van ontmoetingen binnen de dyade van therapeut en patiënt die werkelijk therapeutisch genoemd kunnen worden. Ze doen dat in een partnership naar analogie van de behandelingsovereenkomst tussen therapeut en patiënt.

Cliënten buigen zich als vertegenwoordigers van patiënten over de vraag wat er van hun kant toe bijdraagt dat ontmoetingen met therapeuten inderdaad effect hebben. Er is weliswaar een wettelijk kader voor participatie van cliënten in dit soort zaken<sup>l</sup>, maar dat is nog geen garantie voor daadwerkelijk samenwerken met cliënten ter verbetering van de zorg of de zorgorganisatie. Het is mijn ervaring dat een concreet verzoek aan een Cliëntenraad om mee te denken in het uitwerken van een actieplan om de ontmoeting beter te benutten, leidt tot een beter plan<sup>m</sup>.

Therapeuten nemen in mijn ideaaltypische oplossing weer de positie in van de mondige professional die zich bezint op zijn kennis, kunde en persoonlijk therapeutisch handelen en daar vervolgens ook naar handelt. Daar is dan ook een goede opleiding voor nodig<sup>n</sup>. Ik parafraseer Tom Burns als ik stel dat in de opleiding natuurlijk de nadruk ligt op psychotherapie en op de erkenning dat de patiënt-therapeut relatie geen welkom extraatje is in de evidence-based praktijk, maar de basis van het werk <sup>73</sup>. De professional in de gezondheidszorg heeft zich kennis en kunde eigen gemaakt, maakt gebruik van zijn verworven competenties en handelt volgens geldende normen <sup>74</sup> en een goed doordacht, getoetste professionele moraliteit <sup>75</sup>. Naast het opgeleid zijn tot een bekwaam technisch-therapeut is de verslavingsprofessional dus een goed heelmeeester. Samen nemen de cliënten en therapeuten vanuit hun partnership een krachtig initiatief om duidelijk te maken wat vanuit het perspectief van de professional en van de patiënt noodzakelijk is en daadwerkelijk wordt ondersteund.

Bestuurders bezinnen zich op de plaats die ze het primair proces, het optimaal benutten van de ontmoeting tussen therapeut en patiënten, werkelijk toekennen. Motiverende gespreksvoering als positief en effectief instrument voor verandering binnen het subsysteem van de therapeutische dyade nemen ze over. Ze faciliteren de dialoog van het partnership van therapeuten en cliënten over dit onderwerp. Ze gaan de dialoog aan met hen aan, waarbij het partnership van therapeuten en cliënten en bestuurders een productief koppel vormt.

Wetenschappers richten hun nieuwsgierigheid op vragen binnen verschillende subsystemen. Zij hebben de luxe zich te kunnen verdiepen in alle subsystemen die geformuleerd zijn in het BioPsychoSociale model. Ze vragen zich af: Hoe kunnen bestuurders er toe aangezet worden daadwerkelijk te faciliteren? Hoe kan

de ontmoeting tussen therapeut en patiënt geoptimaliseerd worden? Welke verklaringen zijn er voor de verschillende aspecten van verslaving? Hoe verloopt de communicatie tussen verschillende subsystemen? Hoe kan die worden begrepen of verklaard? Hoe kan de communicatie vervolgens worden verbeterd?

Ik ben mijn rede gestart met een citaat uit het werk van Michael Boelgakov, ik sluit mijn inhoudelijke bespiegelingen af met een citaat William Shakespeare °:

How poor are they that have no patience!  
What wound did ever heal but by degrees?  
'Though know'st we work by wit, and not by witchcraft;  
And wit depends on dilatory time.

Dank

Aan het einde van mijn rede wil ik graag een persoonlijk dankwoord uitspreken. Deze feestelijke dag is mogelijk geworden omdat veel mensen zich niet alleen voor NISPA maar ook voor mij persoonlijk ingezet hebben en hun vertrouwen in mij hebben gesteld.

Allereerst dank ik de leden van het besturen van de vier verslavingszorginstellingen voor het oprichten van het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners: ARCURIS\_DE GRIFT, GGZ Noord- en Midden Limburg, Novadic-Kentron, netwerk voor verslavingszorg en TACTUS, instelling voor verslavingszorg.

Met de bestuursleden van NISPA heb ik de afgelopen jaren geijverd voor het daadwerkelijk gestalte van NISPA. Don Olthof, Geert Derks, Roel Hermanides en Ruud Rutten zeer bedankt voor die samenwerking. NISPA is de afgelopen jaren ingebed in de wetenschappelijke wereld van de Radboud Universiteit. NISPA heeft daartoe zijn plaats gekregen in het Academisch Centrum voor Sociale Wetenschappen, mijn dank daarvoor gaat daarbij vooral uit naar Cees van der Staak. Mijn leeropdracht is geplaatst binnen klinische psychologie, ik dank Eni Becker voor de mogelijkheid die ze daartoe heeft geboden. De decaan van de Faculteit Sociale Wetenschappen heeft het mogelijk gemaakt de ambities van NISPA om te zetten in een leeropdracht die ik als hoogleraar Verslaving en Verslavingszorg mag vervullen, ik dank Charles de Weert daar hartelijk voor. Het College van Bestuur van de Radboud Universiteit heeft me benoemd als bijzonder hoogleraar, dank daarvoor.

Inmiddels zijn er hartelijke ontmoetingen met diverse afdelingen van de Faculteit Geneeskunde, ik stel dat erg op prijs.

De voorzitters van de wetenschappelijke commissies van de vier constituerende instellingen van NISPA maken dat NISPA als netwerk daadwerkelijk de brugfunctie tussen praktijk en wetenschap vorm kan geven. Hanneke Lafeber, Hein de Haan, Peter Greven en Toon Wijdeveld, mijn dank. In NISPA worden veel projecten uitgevoerd, door promovendi, postdoc onderzoekers, onderzoeksverpleegkundigen of andere bevoegen medewerkers van de vier verslavingszorginstellingen. Zonder hen bestaat NISPA niet, ik dank daarvoor Arnt Schellekens, Boukje Dijkstra, Cecile Exterkate, Chloë Bollen, Cor Verbrugge, Dick Willems, Ellis Magnée Evelien Joosten, Gerdien de Weert van Oene, Katinka Damen, Laura De Fuentes Merillas Lenneke Tielemans, Lisette Oliemeulen, Marloes Postel, Pieter-Jan Carpentier, Tom Holsbeek, Truus Kersten. Mijn inspiratie voor het denken vanuit een systeemtheoretisch perspectief ontleen ik aan de werkgroep systeemtherapie. Gerrit van den Born, Marianne Stoverink, Ria Reinders en Riëtte Lueks dank daar voor.

Binnen de Radboud Universiteit heb ik het genoeg samen te kunnen werken in onderzoeksprojecten met Barbara Franke, Cees Kan, Henk Schers, Jan Buitelaar, Mike Rinck, Paul Krabbe, Rien Breteler, Robbert Jan Verkes. Dank voor de plezierige samenwerking.

Binnen het ACSW proberen Carol van Nijntten, Giel Hutschemaekers, Henk Nijman en Jan Willem Veerman in een ander veld van de gezondheidszorg bruggen te bouwen tussen praktijk en wetenschap, dank voor de inspiratie die jullie uitstralen. Miran Berger verdient een apart dankwoord, zij zorgt er op een

vrolijke, vriendelijke en vakkundige manier voor dat alles wat NISPA als organisatie doen moet ook gedaan wordt.

Veel heb ik geleerd van de patiënten die ik heb ontmoet. De reflecties op dat wat er gebeurde in de therapeutische dyades waarvan ik deel uitmaakte hebben de gedachten gevormd voor mijn betoog. Ik dank hen daarvoor evenals mijn supervisoren. Ik noem met name Rob Adank omdat hij me er steeds op wees dat het de professional is die het belang van de therapeutische relatie dient te bewaken.

De inhoud en de vorm van mijn betoog weerspiegelen een deel van mijn manier van denken, zoals ik die heb kunnen ontwikkelen. Mijn verleden vormt mijn heden en beïnvloedt mijn toekomst. Mijn ouders hebben me genoeg veiligheid en mogelijkheden gegeven de wereld te durven exploreren, ik dank ze daarvoor. Ik betreur het dat mijn vader deze dag niet zelf mee kan maken, toch neemt hij deel in mijn representerende wereld en dat op een plezierige, warme manier. Het is fijn dat mijn moeder mijn zoveelste ontdekking, dit keer van de academische wereld mee kan maken, haar trots doet me goed.

Inmiddels ben ik zelf een vader die drie dochters heeft zien uitvliegen en de wereld ontdekken. Lieve Marieke, Janneke en Imke jullie nemen een belangrijke plaats in mijn leven in, niet in het minst doordat Janine en ik jullie hebben mogen opvoeden. We zijn er trots op hoe jullie je weg in de wereld zoeken en vinden. We hebben veel van jullie teruggekregen in de afgelopen jaren, als <sup>pp</sup>Cor dank ik jullie daar hartstikke voor! Lieve Janine, we trekken al bijna 40 jaar met elkaar op. In de dierbare intimiteit die we samen hebben opgebouwd en in stand houden zal ik je op een ander moment op mijn manier bedanken. Hier wil ik afsluiten met de volgende gedachte. De liefde voor elkaar is al langgeleden in mensen ontstaan. Zij brengt hun oorspronkelijke gedaante bijeen en probeert van twee één te maken om de menselijke natuur te genezen. Bedankt dat ik zoekend naar de helft die bij mij past jou heb mogen vinden.

Ik heb gezegd.

## Literatuur

1. Boelgakov MA. *Morfine*. Amsterdam: G.A. van Oorschot, 1994.
2. Balint M. *The Doctor, his Patient and the Illness*. London: Pitman Medical Publishing Co. Ltd, 1957.
3. De Jong CAJ. Huisarts en Psychotherapie. *Medisch Contact* 1983;35:1081-1083.
4. GGZ Nederland. *Een visie op verslaving en verslavingszorg, Aanpak op meerdere fronten*. Amersfoort: GGZ Nederland, 2006.
5. Abroms EM. Beyond Eclecticism. *Am J Psychiatry* 1983;140:740-745.
6. De Jong CAJ. Verslaving, verslavingszorg en het BioPsychoSociale model. In: Hermanides R, In 't Veld K, De Jong CAJ, editors. *Lerend Veranderen: Op weg naar een vraaggerichte organisatie*. Sint Oedenrode: Novadic, netwerk voor verslavingszorg, 2003:14-18.
7. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980;137(5):535-544.
8. Rose R. *Lifelines: Biology, Freedom, Determinism*. London: Penguin Books, 1998.
9. Yalom ID. *Existential Psychotherapy*. New York: Basic Books, 1980.
10. Boyd KM. Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive concepts. *J Med Ethics: Medical Humanities* 2006;26:9-17.
11. Deegan PE. Recovery and the Conspiracy of Hope. "There's a Person in Here": The Sixth Annual Mental Health Services Conference of Australia and New Zealand. Brisbane, Australia: Pat Deegan & Associates, LLC, 1996.
12. Wulff HR. *Medische ethiek en klinische praktijk: Op zoek naar het juiste evenwicht. De Anatomische Les, 1995*: De Volkskrant, 1995.
13. Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie für studierende, ärzte und psychologen*. Zweite, neubearbeitete auflage ed. Berlin: Verlag von Julius Springer, 1920.
14. Gabbard GO. The therapeutic relationship in psychiatric hospital treatment. *Bulletin of the Menninger Clinic* 1992;56:4-19.
15. American Psychiatric Association, editor. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
16. DeBruijn C. *The Craving Model for Alcoholism*. Amsterdam: Benecke N.I., 2005.
17. Leshner AI. Addiction is a brain disease, and it matters. *Science* 1997;278(5335):45-47.
18. Matthijs W, Vanderschuren LJM, Nordquist RE, Zonneville-Bender MJS. Factoren die bij kinderen en adolescenten een risico vormen voor gebruik, misbruik en afhankelijkheid van middelen. *Verslaving: State of the Art Studies Verslavingsonderzoek*. Den Haag: ZonMW, 2006.
19. De Jong CAJ, Schellekens AFA, Ellenbroek B, Franke B, Verkes R-J. The Course of Addiction: Neurobiological Predictors of Chronicity. *Verslaving: State of the Art Studies Verslavingsonderzoek*. Den Haag: ZonMW, 2006.
20. Berridge V. Dependence: historical concepts and constructs. In: Edwards G, Lader M, editors. *The Nature of Drug Dependence*. Oxford: Oxford University Press, 1990.
21. Lamb S, Greenlick MR, McCarthy D. *Bridging the Gap between Practice and Research: Forging Partnerships with Community-based Drug and Alcohol Treatment*. Washington, D.C.: National Academy Press, 1998.
22. Geerts G, Heestermans H. *van Dale Groot Woordenboek der Nederlandse Taal*. Twaaifde Uitgave 1992 ed. Utrecht-Antwerpen: Van Dale Lexicografie, 1995.
23. Clarke DM, Kissane DW. Demoralization: its phenomenology and importance. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2002;36:733-742.
24. Kissane DW, Wein S, Love A, Lee XQ, Kee PL, Clarke DM. The Demoralization Scale: a Report of Its Development and Preliminary Validation. *Journal of Palliative Care* 2004;20(4):269-276.
25. Büchi S, Buddeberg C, Klaghofer R, Brandli EW, Schlosser C, Stoll T, et al. Preliminary validation of PRISM (Pictorial Representation of Illness and Self Measure). A brief method to assess suffering. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2002;71:333-341.
26. Rumpf H-J, Löntz W, Uessler S. A Self-Administered Version of a Brief Measure of Suffering: First Aspects of Validity. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2004;73:53-56.
27. Joines V. Similarities and Differences in Rackets and Games. *Transactional Analysis Journal* 1982;12:280-283.
28. Levine S, Stephens R. Games Addicts Play. *Psychiatric Quarterly* 1971;45:582-592.
29. Loth CA, Schippers GM, 'tHart H, Wijngaart G van de. Methadonverstrekking aan het begin van een nieuwe eeuw. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 2003;58(1111-1123).

30. Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley, Los Angeles, London.: University of California Press, 1980.
31. Stokes T, Tarrant C, Mainous AG, Schers H, Freeman G, Baker R. Continuity of Care: Is the Personal Doctor Still Important? A Survey of General Practitioners and Family Physicians in England and Wales, the United States and the Netherlands. *Annals of Family Medicine* 2005;3:353-359.
32. Tonkens E. *Mondige burgers, getemde professionals*. Utrecht: NIZW Uitgeverij, 2003.
33. Mol A. *De logica van het zorgen, Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Amsterdam: Van Genneep, 2005.
34. Sandler J, Dare C, Holder A. *The Patient and the Analyst: the Basis of the Psychoanalytic Process*. London: Maresfield Reprints, 1973.
35. Catty J. 'The Vehicle of success': Theoretical and empirical perspectives on the therapeutic alliance in psychotherapy and psychiatry. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 2004;77:255-272.
36. Meier PS, Barrowclough C, Donmall MC. The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Addiction* 2005;100:304-316.
37. Meier PS, Donmall MC, Barrowclough C, McElduff P, Heller RF. Predicting the early therapeutic alliance in the treatment of drug misuse. *Addiction* 2005;100:500-511.
38. Johansson H, Eklund M. Helping alliance and early dropouts from psychiatric out-patients: The influence of patient factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41:140-147.
39. De Weert - van Oene GW, Jörg F, De Jong CAJ. Association between Interpersonal Behaviour and Helping Alliance in Substance-Dependent Patients. *Eur Addict Res* 2006;12:67-73.
40. Scadding JG. Diagnosis: the clinician and the computer. *The Lancet* 1967;877 - 882.
41. Scadding JG. Essentialism and nominalism in medicine: logic of diagnosis in disease terminology. *The Lancet* 1996;348:594-596.
42. Helmchen H. Zum Krankheitsbegriff in der Psychiatrie. *Der Nervenarzt* 2005;77(271-275).
43. Wikman A, Marklund S, Alexanderson K. Illness, disease, and sickness absence: an empirical test of differences between concepts of ill health. *J Epidemiol Community Health* 2005;59:450-454.
44. Kleinman A. *The Illness Narratives: Suffering, Healing & The Human Condition*. Basic Books, USA, 1988.
45. Sulmasy DP. "Diseases and natural kinds". *Theoretical Medicine and Biostatistics* 2005;26:487-513.
46. Volkow ND, Fowler JS, Wang G-J. The addicted human brain: insights from imaging studies. *The Journal of Clinical Investigation* 2003;111:1444-1451.
47. Laar MW van, Cruts AAN, Verdurmen JEE, Ooyen-Houben MMJ van, Meijer RF. *Nationale Drug Monitor, jaarbericht 2006*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2006.
48. World Health Organization. *ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO, 1992.
49. Gottesman II, Gould TD. The Endophenotype Concept in Psychiatry: Etymology and Strategic Intentions. *Am J Psychiatry* 2003;160:636-645.
50. Ooteman W. Psychobiological pathways to alcohol craving and their relevance for patient-treatment matching. Universiteit van Amsterdam, 2006.
51. Schippers GM, Broekman TG. *The Course of Alcohol Dependence; the Course of Drug Dependence*. Den Haag: ZonMW, 2006.
52. Ironside PM, Scheckel M, Wessels C, Powers S, Seeley DK. Experiencing Chronic Illness: Cocreating New Understandings. *Qualitative Health Research* 2003;13:171-183.
53. Gaebel W. Course Typologies, Treatment Principles, and Research Concepts. *Pharmacopsychiatry* 2004;37 Suppl 2:S90-S97.
54. Benjamin LS. *Interpersonal Reconstructive Therapy: Promoting Change in Nonresponders*. New York London: The Guilford Press, 2003.
55. Howard KI, Lueger RJ, Maling MS, Martinovitch Z. A Phase Model of Psychotherapy Outcome: Causal Mediation of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993;61:678-685.
56. Kuyken W. Cognitive therapy outcome: the effects of hopelessness in a naturalistic outcome study. *Behavior Research and Therapy* 2004;42:631-646.
57. Collins S, Cutcliffe JR. Addressing hopelessness in people with suicidal ideation: building upon the therapeutic relationship utilizing a cognitive behavioural approach. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2003;10:175-185.
58. Kranzler HR, Ciraulo DA. *Clinical Manual of Addiction Psychopharmacology*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc., 2005.

59. McCance-Katz EF, Clark HW. *Psychosocial Treatments (Key Readings in Addiction Psychiatry)*. New York: Brunner-Routledge, 2004.
60. DiClemente CC, Prochaska JO. Toward a Comprehensive, Transtheoretical Model of Change. In: Miller WM, Heather N, editors. *Treating Addictive Behaviors*. 2nd ed. New York: Plenum Press, 1998.
61. Miller WM, Rollnick S. *Motivational Interviewing, Preparing People for Change*. 2nd ed. New York: The Guilford Press, 2002.
62. Miller WM, Rollnick S. *Motiverende gespreksvoering: Een methode om mensen voor te bereiden op verandering*. Ekklesia, 2005.
63. Kraaijeveld K. Ruimte voor professional is pure ideologisch kitsch. *de Volkskrant* 2006 10 juni;1B.
64. Wijmen FCB, van. De goede patiënt: een terugblik. Een spel van spiegelbeelden. *Medisch Contact* 1997;52:1417-1419.
65. Schermer M. Different faces of autonomy: A study on patient autonomy in ethical theory and hospital practice [Academisch proefschrift]. Universiteit van Amsterdam, 2001.
66. Sledge WH, Feinstein AR. The Patient-Physician Relationship: A Clinimetric Approach to the Components of the Patient-Physician Relationship. *JAMA* 1997;278:2043-2048.
67. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons From Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Annals of Internal Medicine* 1978;88: 251-258.
68. Williams B, Healy D. Perceptions of illness causation among new referrals to a community mental health team: "explanatory model" or "explanatory map". *Social Science & Medicine* 2001;465-476.
69. Elwyn G. Shared decision making: patient involvement in clinical practice [Academisch proefschrift]. Katholieke Universiteit Nijmegen, 2001.
70. Imhof JE. Overcoming Countertransference and Other Attitudinal Barriers in the Treatment of Substance Abuse. In: Washton AM, editor. *Psychotherapy and Substance Abuse: A Practitioner's Handbook*. New York: The Guilford Press, 1995.
71. Bradley R, Heim AK, Westen D. Transference patterns in the psychotherapy of personality disorders: empirical investigation. *British Journal of Psychiatry* 2005;186:342-349.
72. Forrest GG. *Countertransference in Chemical Dependence Counseling*. New York: The Haworth Press, 2002.
73. Fannon D. Tom Burns: e-interview. *Psychiatric Bulletin* 2004;352.
74. Swick HM. Toward a Normative Definition of Medical Professionalism. *Academic Medicine* 2000;75:612-616.
75. Huddle TS. Teaching professionalism. *Academic Medicine* 2005;80:885-891.

- <sup>a</sup> Eerder versies van deze rede zijn kritisch gelezen en van waardevol commentaar voorzien door Cor Verbrugge, Don Olthof, Hein de Haan, Janine de Jong Verhagen, John van Burk, Lisette Oliemeulen en Toon Wijdeveld. Kritiek en commentaar, dat dankbaar is verwerkt.
- <sup>b</sup> In mijn betoog heb ik er vanuit taalkundige overwegingen voor gekozen te spreken over de patiënt en niet over patiënte. Als gevolg hiervan spreek ik dus over hij, hem of zijn.
- <sup>c</sup> Datgene wat in de mens denkt, voelt en wil, als een onstoffelijke zelfstandigheid beschouwd (*van Dale Groot Woordenboek der Nederlandse Taal*. Twaalfde Uitgave 1992 ed. Utrecht-Antwerpen: Van Dale Lexicografie, 1995).
- <sup>d</sup> Het niet-stoffelijke, althans stoffelijk niet te bepalen beginsel op grond waarvan de mens leeft (*van Dale Groot Woordenboek der Nederlandse Taal*).
- <sup>e</sup> Met de zoekterm {(neuro\* OR brain) AND (substance related\* OR addiction)} worden in de periode 1975 – 1979 48 reviews en 243 artikelen in PubMed gevonden en in de periode 2000-2004 243 respectievelijk 1507.
- <sup>f</sup> In dit deelonderzoek participeerden verder: RJ Geesink, D vanderVelden, CAG Verbrugge en DW Kissane
- <sup>g</sup> In dit deelonderzoek participeerden verder: EAP Oliemeulen, J Lindenberg, T Wijdeveld en C. Bollen. Het onderzoek werd mede mogelijk gemaakt door een subsidie van de Stichting Koningsheide, waarvoor dank.
- <sup>h</sup> Chronisch: I (bn.) (van ziekten) langzaam en langdurig, synoniem van slepend, tegenovergestelde van acuut; II (bw van frequentie) voortdurend (*van Dale Groot Woordenboek der Nederlandse Taal*).
- <sup>i</sup> In dit deelonderzoek participeerde H Schers.
- <sup>j</sup> Ambroise Paré (1510 – 1590): Guérir quelquefois, soulager souvent, consoler toujours.
- <sup>k</sup> WGBO: Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst.
- <sup>l</sup> De Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen is in 1996 van kracht geworden.
- <sup>m</sup> Het promotieonderzoek van drs E.A.G. Joosten onder de titel ‘Samen Beslissen’ is mede opgezet door de Cliëntenraad van Novadic-Kentron, wordt continue gemonitord door cliënten in een klankbordgroep en van commentaar voorzien door cliënten uit te nodigen in focusgroepen hun ervaringen te vertellen.
- <sup>n</sup> Vanuit SPON, NISPA en Bouman GGZ wordt in september 2007 een postinitiële Master in Addiction Sciences gestart. Dit initiatief wordt landelijk gesteund, onder meer door een werkgroep die breed is samengesteld uit belanghebbende beroepsgroepen.
- <sup>o</sup> William Shakespeare: Othello, II, iii. Nederlandse vertaling Gerrit Komrij, 1993. Uitgeverij Bert Bakker  
Hoe arm zijn zij, die geen geduld bezitten!  
Heelt ooit een wond, behalve stap voor stap?  
Je weet dat wij met slimheid werken, niet  
Met hekserij; en slimheid bouwt op uitstel. (*liever: verwijderen van de tijd [CdJ]*)